

(1^{re} Série

FACULTE DE MÉDECINE DE NANCY

N° 168)

ESSAI SUR
LES LÉSIONS DE L'APPAREIL AUDITIF
DANS LA
SYPHILIS CONGÉNITALE ET ACQUISE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 13 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jules BRUNCHER

De Neufchâteau (Vosges).

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Lauréat de la Faculté. (Prix de 4^e Année. Concours de 1882).



NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0046

ESSAI SUR
LES LÉSIONS DE L'APPAREIL AUDITIF

DANS LA
SYPHILIS CONGÉNITALE ET ACQUISE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 13 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jules BRUNCHER

De Neufchâteau (Vosges).

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Lauréat de la Faculté. (Prix de 4^e Année. Concours de 1882).

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, ✱ professeur..	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, prof sseur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie génér., descriptive et topogr.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, *président*; MM. CHRÉTIEN, BÉCHET, SPILLMANN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR GROSS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SPILLMANN

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY.

INTRODUCTION

Il faut presque remonter à l'origine des études un peu sérieuses publiées sur la syphilis, c'est-à-dire au seizième siècle avec Fallope et Paré, pour trouver la première mention de troubles auditifs dans cette affection.

Et cependant, bien que nombre d'auteurs aient décrit des formes d'otite, de cophose, de bourdonnements syphilitiques, bien que Saissy consacre à la question un article spécial, bien qu'Itard publie diverses observations, bien que Bonnafont fasse de la myringite ou plutôt de l'otite secondaire, une maladie spéciale qu'il étudie à part, bien qu'enfin les auteurs qui se sont occupé de la syphilis du système nerveux central parlent à chaque pas de vertiges, de surdité, l'étude de ces manifestations morbides est restée, surtout au point de vue pathogénique et anatomo-pathologique, dans une obscurité profonde, jusque il y a vingt ans environ. Hutchinson en décrivant les otopathies dans la syphilis congénitale, marque le début d'une nouvelle période pendant laquelle des recherches nombreuses, dues surtout aux Américains pendant ces dix dernières années, sont venues jeter un grand jour sur la question.

Les beaux et intéressants mémoires de Knapp, de Bück, de Sexton, de St-John Roosa, de F. R. Sturgis, de Ch. J. Ripp en Amérique, de Schwarze, de Zeissl, de Politzer, de Moos en Allemagne, de Hutchinson, de Hinton, de Dalby, de Pierce en

Angleterre ; les études de MM. Desprès et Ladreit de Lacharrière en France, toutes publiées récemment en ont fait en quelque sorte, une véritable actualité.

Tous les faits établis pendant cette période se trouvant épars sous forme incidente dans divers ouvrages de syphilio-graphie ou d'otologie, ou bien publiés sous forme de notes, d'articles plus ou moins étendus dans un grand nombre de recueils périodiques, nous avons cru devoir les analyser, autant que possible, en insistant surtout sur la pathogénie et les symptômes cliniques.

En y joignant les quelques cas qu'il nous a été donné d'observer, et en cherchant à en tirer les conclusions, nous n'avons pas eu la prétention de faire faire à la question un pas de plus, ou de dire quelque chose de bien nouveau ; nous avons cherché seulement à établir, autant qu'il a été en notre pouvoir, l'état actuel de la science sur ce sujet.

Pendant tout le cours de nos recherches, M. le professeur agrégé Spillmann nous a constamment guidé de sa haute expérience et de ses conseils bienveillants ; qu'il nous soit permis de lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

Nous remercions également M. le professeur Gross d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous devons également remercier tous ceux de nos amis qui, soit par des traductions, soit de quelque autre manière, nous ont facilité notre tâche.

HISTORIQUE

C'est surtout à l'époque contemporaine que des auteurs nombreux ont porté leur attention sur les troubles de l'appareil de l'audition dans la syphilis ; cependant on en a observé et relaté depuis longtemps un certain nombre d'exemples ; au dire de Lancereaux, des tintements, des douleurs d'oreille, de la surdité, auraient été observés par Gabriel Fallope d'abord, et ensuite par Ambroise Paré (1).

« On voit, dit en effet l'illustre chirurgien du XVI^e siècle, les vérolés vexés de la grosse vérole, perdre l'ouïe par une grande douleur à la tête ».

Depuis cette époque, un grand nombre de documents et d'observations parurent et furent réunis plus tard par Lagneau, Lancereaux et même déjà par Saissy.

Christophe Guarinoni (2) vit chez un malade atteint de syphilis cérébrale avec accidents épileptiformes, la diathèse se manifester par une surdité subite ; le sujet étant mort dans le coma, l'autopsie fit découvrir trois gommès dans l'épaisseur de l'encéphale.

Saissy rapporte, d'après Sennert, qu'un abbé aurait été observé par F. Platerus ; à la suite d'une maladie véné-

(1) Ambroise Paré. — Liv. 9, p. 545.

(2) *Guarinoni in Sepulcretum* de Bonnet (Lyon 1700), et Lagneau, loc. cit.

rienne, il se serait produit à la fois de la surdité, de la cécité et la perte de la parole.

Valsalva (1) rapporte une surdité survenue à la suite d'une lésion de l'orifice guttural de la trompe et que Lagneau croit de nature spécifique.

Genselius, cité par Lancereaux, aurait vu en 1717 un cas de surdité avec bourdonnements ; il admet, du reste, dans les affections spécifiques, une surdité tantôt uni, tantôt bilatérale.

Boerhaave constata à la fois dans la vérole la perte de l'ouïe et de la vue.

Astruc (2) décrit la carie mastoïdienne et pétreuse, avec destruction des os de la caisse ; pour lui, la vérole cause quelquefois la dureté d'ouïe et même la surdité, soit par destruction des osselets par la carie, soit qu'étant gonflés, ils ne puissent remplir leurs fonctions ordinaires, soit que les nerfs acoustiques soient parcourus par des esprits trop grossiers ou comprimés par des artères dilatées, des nodus et des ganglions formés auprès, ou enfin par des exostoses survenues dans les os qu'ils traversent.

Quelquefois, dit aussi Van Swieten, des ulcères qui s'étendent lentement parcourent la trompe et détruisent l'oreille interne ; un ichor dégoutant s'écoule de l'oreille interne, rongée par cette cruelle maladie.

Leschevin (3) vit chez un jeune syphilitique de 27 ans, une affection de l'oreille droite très douloureuse, puis un écoulement sanieux du conduit dépendant d'une destruction du rocher. Ces lésions amenèrent la mort.

(1) Valsalva. — *Tractatus de aure humanâ*, 1707.

(2) Astruc. — *De Morbis venereis*, liv. IV (Paris 1740).

(3) Leschevin. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1769.

Il croit que si la surdité a été précédée de quelque maladie vénérienne et mieux, si elle est accompagnée de quelques symptômes de la vérole, il y a lieu de croire qu'il s'agit d'un amas d'humeurs concrétées dans la caisse.

Fabre (1) décrit des lésions osseuses hypertrophiques du rocher, de la caisse, du labyrinthe et des sinus mastoïdiens.

Vers la même époque, Lalouette (2), puis de Horne (3), décrivent des syphilides du conduit, et déjà en 1778, Trnka (4) de Krzowitz indique et emploie avec succès, d'après Lagneau, les mercuriaux contre la surdité vénérienne.

En 1779, Radfort traite un malade atteint de surdité à la suite d'un ulcère pharyngien de nature spécifique (Voir Itard, loc. cit).

Hunter (5) vit dans un cas de syphilis la surdité à la suite de suppuration de la caisse.

Jean-Louis Petit (6) décrit un cas d'inflammation des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la syphilis, et Plenck (7) vit la surdité résulter de lésions syphilitiques de l'orifice de la trompe.

Passons rapidement sur les idées émises par Hagstroem, par Arnemann, qui croit que la syphilis peut amener dans la caisse, la formation d'une matière crayeuse; par Nisbeth, pour qui la surdité vénérienne est généralement précédée pendant plusieurs mois de bruits, de tintements, de douleurs

(1) Fabre. — *Traité des maladies vénériennes*, 1773.

(2) Lalouette. — *Nouvelles méthodes de traiter les maladies vénériennes*. Paris 1776.

(3) De Horne. — *Manière d'administrer le mercure*. Paris 1779.

(4) Trnka. — *Historia cophoseos* (Vindobonae 1778).

(5) Hunter. — *Traité sur la maladie vénérienne*. Londres 1786.

(6) J. L. Petit. — *Œuvres posthumes*. Paris, 1790, t. I, cap. IV.

(7) Plenck. — *De morbi venerei dottrina*. Venezia, 1793.

d'oreille, de suppuration ; par Alibert, par Sauvage, qui peut-être le premier parle de l'épaississement du tympan dans la syphilis; tous ces faits sont consignés dans l'ouvrage de Saissy. Benjamin Bell (1) note comme cause de surdité intense le gonflement et l'ulcération de l'arrière bouche, de même Swediaur (2), Cooper les cicatrices syphilitiques du pharynx.

Marcet vit la surdité à la suite d'un ulcère pharyngien ; son observation est rapportée par Pearson (3), qui vit lui-même des troubles de l'ouïe quatre mois après l'infection syphilitique.

En 1808, Larrey (4) vit un militaire atteint d'otorrhée purulente avec perte de l'ouïe, et fit une étude complète de ce cas.

Quelques années plus tard, Cullerier (5) nota la surdité à la suite de gommages palatines.

En 1823, Delpelch (6) publia dans la *Clinique chirurgicale de Montpellier*, l'observation, depuis devenue classique, de son voilier qui perdit une partie des os du crâne et de la face, notamment des os de la caisse, à la suite d'une syphilose pharyngo-nasale à forme phagédénique.

Mais une étude plus complète des troubles auditifs de nature spécifique fut faite en France par Saissy, puis par Itard.

Pour Saissy (7), il y a deux formes principales de syphilis de l'oreille.

(1) B. Bell. — *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, traduit par Bosquillon. Paris 1802.

(2) Swediaur. — *Traité complet de la maladie vénérienne*. Paris, 1801.

(3) Pearson. — *Observation on the effects of various articles of the materia medica in the cure of the lues venerea*. London, 1807.

(4) Larrey. — *Mémoires de chirurgie militaire*, t. II, p. 444.

(5) Cullerier, neveu. — *Journal de médecine*, 1814, p. 202.

(6) Delpech. — *Clinique de Montpellier*, 1823.

(7) Saissy. — *Essai sur les maladies des oreilles*, 1827.

1° La carie du temporal, la destruction de la caisse et de la membrane du tympan, souvent les abcès mastoïdiens ; les feuillets de l'apophyse mastoïde sont très souvent atteints. Il recommande un traitement à la fois général et local ; « il n'est pas étonnant, dit-il, que le virus syphilitique se portant dans la caisse du tambour et les cellules mastoïdiennes y coagule l'humeur muqueuse qui abreuve cette cavité et donne lieu à de la surdité ».

2° Un gonflement squirreux de la trompe d'Eustache peut affecter l'ouïe du même côté et donner lieu à de la surdité.

Th. Perrin, son annotateur, ne reconnaît du reste que ces deux causes de surdité dans la syphilis invétérée. Les deux modes pourraient de plus coexister d'après lui. Quoiqu'il en soit, on injectera dans les conduits un mélange de décoction de guimauve et de liqueur de Van Swieten.

Itard (1) insiste sur l'importance des lésions syphilitiques du pharynx, sur les otorrhées purulentes, sur le rétrécissement du conduit dû à la périostite ou au simple catarrhe des parties molles.

Le rétrécissement de la trompe serait dû, d'après lui, souvent à la cicatrisation d'ulcères vénériens. Il donne du reste plusieurs observations, dont une fort intéressante, d'un cas d'otorrhée avec nécrose des osselets.

Dominel et Leprestre (2) virent, en 1826, un malade atteint de lésions naso-pharyngiennes et de syphilis cérébrale précoce, le malade fut atteint d'accidents du côté de l'ouïe ; l'affection se termina par la mort.

(1) Itard. — *Traité des maladies des oreilles*. Paris, 1821-1842.

(2) Dominel et Leprestre. — *Archives générales de médecine*, t. XXII, p. 338, mars 1830.

Deleau (1) donne deux observations de surdité consécutive à des obstructions syphilitiques de la trompe.

Baumés (2) distingue au point de vue de l'étendue des lésions les syphilides tertiaires des syphilides secondaires de la trompe. Pour lui les premières donneraient plus souvent la surdité.

D'autres observations sont dues à Diday (3) (surdité avec hémiplégie faciale); à Cazenave (otalgies dans la syphilis du pharynx à l'époque tertiaire), à Courty (4), (carie du rocher avec surdité); à Rayer (5) (gomme du rocher trouvée à l'autopsie).

Kramer (6) admet les lésions de la caisse, mais rejette celles du nerf. Menière, dans sa traduction de l'ouvrage de Kramer, cite une observation d'Ebenezer Smith, dans laquelle un traitement mercuriel vint à bout d'une surdité sans cause reconnue.

Davasse (7) publie dans la thèse de Dumoulin une observation de lésions osseuses profondes du rocher avec surdité.

Le professeur Schützenberger (8) observe, en 1850, de l'otalgie, des bourdonnements d'oreille dans une syphilis cérébrale survenue vingt ans après l'infection.

Wylde, d'après Bonnafont, signale de même la fréquence de la myringite syphilitique chez les individus lymphatiques, surtout coexistant avec l'iritis.

(1) Deleau. — *Recherches sur les maladies de l'oreille*. Paris. 1838, obs. 12 et 13.

(2) Baumés. — *Traité des maladies vénériennes*. Lyon 1840.

(3) Diday. — *Gazette médicale de Paris*, 1842, p. 834.

(4) Courty. — *Clinique de Montpellier*, 1 février 1844.

(5) Rayer. — *Annales de Thérapeutique et de toxicologie de Rognetta* 1847.

(6) Kramer. — *Maladies des oreilles*. (Traduit par Menière, Paris 1848).

(7) Davasse. — *In Thèse de Dumoulin*. Paris, 1848.

(8) Schützenberger. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1850.

Deval (1), Davaine (2) et Sandras (3) publient aussi des observations de surdité survenues dans la syphilis du pharynx ou la syphilis cérébrale.

Ricord publie à la même époque un ou deux cas de surdité survenue dans les mêmes conditions ; de même Roquette, de Nantes (4).

Pour Triquet (5), la syphilis est assez souvent une cause de surdité ; il aurait vu, dans deux cas, de l'otorrhée chronique ; il admet aussi la possibilité d'exostoses du conduit dans le cours de l'affection spécifique, l'oblitération syphilitique de la trompe d'Eustache, l'otorrhée par lésions osseuses. Il aurait vu aussi dans les conduits des pustules capables d'amener une perforation des tympons, pustules sur lesquelles il revient du reste plus longuement dans la suite.

M. Lasegue (6) vit en même temps qu'une lésion pharyngée et de la surdité, des rhagades occupant la face postérieure du pavillon.

Baudot (7) vit une tumeur du rocher amener des troubles divers des sens, notamment de l'ouïe, et se terminer par la mort.

Comme on le voit jusqu'ici, les principales données que l'on avait sur la syphilis de l'appareil de l'ouïe, étaient en somme assez obscures et consistaient surtout en observations diverses,

(1) Deval. — *De l'Amaurose*. Paris, 1851.

(2) Davaine. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. IV, 1852.

(3) Sandras. — *Gazette des Hôpitaux*, 30 décembre 1854.

(4) Roquette. — *Union médicale*, 22 août 1854.

(5) Triquet. — *Maladies des oreilles*, 1857. — *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 1863.

(6) Lasegue. — *Archives générales de Médecine*, mai 1858.

(7) Baudot. — *In thèse de Van Oordt*. Paris, 1859.

en quelques descriptions des caries osseuses ou des lésions pharyngées, capables d'amener la surdité.

La question s'éclaircit un peu avec Lagneau (1). Examinant les travaux de ses devanciers, il consacre tout un chapitre aux effets de la syphilis sur le nerf auditif. D'après lui, l'audition peut être altérée par des tumeurs inflammatoires, des épanchements de la base du crâne, lésions dont le siège est variable; tantôt il y a élimination de séquestres; tantôt otite interne, destruction des membranes des fenêtres, d'autres fois carie ou nécrose des os du voisinage. Enfin, il peut y avoir obstruction de la trompe d'Eustache ou bien papules du conduit.

L'orifice de la trompe pourrait encore, d'après lui, être obliéré dans une paralysie du facial qui, par les nerfs vidien et palatin postérieur, innerve les muscles du pharynx et du voile.

Bonnafont (2) admet toutes ces causes de surdité dans la syphilis, mais il insiste davantage sur la nécessité de rechercher la syphilis, lorsqu'une otite profonde ne semble due à aucune autre cause.

Zambaco (3), dans son ouvrage sur la syphilis cérébrale, donne deux observations de lésions de l'appareil auditif. Rollet (4) mentionne, outre les lésions pharyngées, les syphylides du conduit, les paralysies faciales syphilitiques comme cause de surdité.

En 1863, Triquet (5), publie dans le *Journal de médecine et de Chirurgie pratique*, un article très intéressant sur les

(1) Lagneau. — *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860.

(2) Bonnafont. — *Maladies des oreilles*. Paris, 1860-1875.

(3) Zambaco. — *Syphilis nerveuse*, 1862.

(4) Rollet. — *De la syphilis*, 1865.

(5) Triquet. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, juillet 1863.

syphilides du conduit et à leur suite la perforation du tympan.

Jusqu'à cette époque, les lésions de l'oreille dans la syphilis congénitale n'avaient pas été observées ; c'est à Hutchinson que revient le mérite de les avoir exposées le premier dans le neuvième chapitre de son mémoire sur la syphilis héréditaire (1).

En même temps un spécialiste devenait tristement célèbre, en indiquant un mode inconnu jusqu'alors de contagion de la syphilis : la transmission de l'ulcère primitif, par le catétherisme de la trompe d'Eustache. Nous verrons du reste les principaux cas, tous dus au même praticien, dans lesquels la syphilis reconnut cette opération comme porte d'entrée (2).

Lancereaux (3) rappelle les cas de syphilides du conduit observés par Triquet et aussi par Vidal de Cassis, publie une observation de Betz sur la syphilis de la caisse avec perforation du tympan et décrit, d'après Hutchinson, les lésions de la syphilis héréditaire atteignant l'ouïe après l'appareil de la vision. Anderson (4) observe, en 1867, un cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne dans la syphilis secondaire.

Schwarze (5) observe dans sa clinique un grand nombre d'affections syphilitiques de l'oreille. Pour lui elles peuvent se ramener aux formes suivantes :

(1) Hutchinson. — *A. clinical memoir on certain diseases of the eye and the ear consequent in inherited syphilis*. London 1863.

(2) Voir *Lyon médical* 1864, p. 285. *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 810. (*Société médicale des hôpitaux*, 14 septembre 1864).

(3) Lancereaux. — *Maladies vénériennes*, Paris 1866.

(4) Anderson. — *Chronic Catarr. of the middle ear in connexion with secondary syphilis*. — *Glasgow, Med. journal*, nov. 1867.

(5) Schwarze. — *Archiv. fur Ohrenheilkunde*, band 11, 1869, p. 235.

1° Ulcérations spécifiques du conduit.

2° Catarrhe aigu de l'oreille moyenne.

3° Catarrhe chronique à caractères spéciaux de l'oreille moyenne.

4° Otite moyenne héréditaire ou acquise analogue aux lésions non spécifiques.

5° Affection primitive de l'oreille interne.

De cette dernière forme il donne six cas, dont deux seulement auraient guéri par le traitement interne. Il décrit d'ailleurs l'inflammation scléreuse ou gommeuse des cellules mastoïdiennes à la période tertiaire chez les vieux syphilitiques ; comme Triquet, il admet l'existence d'exostoses spécifiques dans le conduit auditif externe.

Troellsche (1) consacre dans son ouvrage plusieurs articles à la syphilis de l'oreille ; il décrit les accidents dus à la syphilis héréditaire, le catarrhe spécifique de la caisse, du conduit, de la trompe, admet la possibilité dans la syphilis du vertige de Menière et insiste sur l'importance du traitement antisypilitique dans ces cas.

M. J. Grüber (2) vit, en 1870, quatre cas de vertige auditif dans le cours de la syphilis secondaire, dont un avec autopsie. Knapp (3) vit le vertige de Menière coïncider avec une irido-choroïdite spécifique.

Rivington (4) vit, en 1872, la syphilis héréditaire amener de curieuses lésions du pavillon de l'oreille.

(1) Troellsche. — *Maladies de l'oreille*, 1864. Traduction, Paris, 1874,

(2) Jos. Grüber. — *Lehrbuch des Ohrenheilkundes*. Wien, 1870.

(3) Knapp and Moos. — *Archiv. of oftalmology and otology*, New-York, t. II, 1880.

(4) Rivington. — V. *Revue des Sciences médicales*, 1872.

Toynbee (1) reconnaît à la syphilis une grande influence sur la production des troubles de l'oreille moyenne et des ulcérations du conduit; son annotateur, J. Hinton, étudie les symptômes et l'anatomie pathologique des lésions de l'appareil auditif produites par la syphilis héréditaire.

Dans son traité sur la syphilis cérébrale, Brause (2) reconnaît pour causes de la paralysie de l'oreille le relâchement du muscle tenseur du tympan, résultant souvent de la paralysie faciale; les lésions du rocher, les bourdonnements d'origine cérébrale. Il croit les études sur le sujet trop peu avancées pour se prononcer sur la question de la possibilité de la congestion labyrinthique avec troubles de l'équilibre, vertiges, etc., en un mot, du mal de Menière.

Barié (3) vit dans un cas une carie mastoïdienne amener la surdité, des troubles graves et la mort. Violet (4), dans deux cas, trouva une lésion encore non observée: la replétion des cavités tympaniques par le pus chez des fœtus syphilitiques.

Dans ses leçons faites à Lourcine, M. Fournier (5) signale l'importance de la syphilis tertiaire du pharynx sur la production des troubles auditifs, influence, du reste, constatée aussi par Machon (6).

M. Ladreit de la Charrière (7) décrivit, en 1875, l'otite aigüe

(1) Toynbee. — *The diseases of the Ear*. London 1868, Paris 1874.

(2) Otto Brause. — *Die Hirnsyphilis*. Berlin 1874.

(3) Barié. — *Bulletin de la Société anatomique*. Paris 1873.

(4) Violet. — *Thèse de Paris*. 1874.

(5) Fournier. — Leçon faite à Lourcine (*Revue de syphilis et de dermatologie*. 1874, p. 435).

(6) Machon. — *Thèse de Paris*, 1874. *Pharyngite tertiaire*.

(7) Ladreit de la Charrière. — *Annales des maladies des oreilles et du larynx*. Mai 1875.

syphilitique à la période secondaire, genre de lésion dont on n'avait pas encore jusqu'à présent publié de description.

Ch. Péronne et Isambert (1) rapportent un cas très complexe où la surdité coïncida avec une affection spécifique très profonde du larynx et des troubles viscéraux.

Pour Hutchinson (2), l'otite de la caisse est une des complications rares de la syphilis secondaire acquise; Pellizari (3) cite le fait curieux d'une sage-femme qui, contaminée par le toucher, fut atteinte de troubles de l'ouïe et de la vue impossibles à guérir.

Moos (4) décrit d'une manière complète les lésions syphilitiques du labyrinthe; le premier, il en donne l'anatomie pathologique.

Le Dr Dalby (5) publie un mémoire sur les lésions syphilitiques de l'appareil de l'audition.

Il croit que dans la syphilis héréditaire, il peut se produire soit une surdi-mutité variable, soit une perte de l'ouïe progressive par altération nerveuse.

Il attribue à la syphilis acquise le catarrhe de l'oreille moyenne par propagation d'une lésion de la trompe, la perforation du tympan. La paralysie labyrinthique peut être secondaire ou tertiaire, souvent due, dans ce dernier cas, à une tumeur du crâne.

Dans tous les cas, le traitement antisiphilitique est indiqué.

(1) Ch. Péronne et Isambert. — Même recueil. 1875, t. 1.

(2) Hutchinson. — (*Med Times and Gazette*) 1876.

(3) Celso Pellizari. — *Lo Sperimentale*, 1877.

(4) Moos. — *Virchows archiv.* t. LXIX, f. 2.

(5) Dalby. — *Syphilitic affections of the ear.* London 1876. — *Progrès médical*, 1878.

Saint John Roosa (1) vit quatre cas de syphilis labyrinthique dont deux guérissent et n'hésite pas à les attribuer à une lésion du nerf.

Field (2) rapporte un cas où les deux tiers du pavillon furent détruits par une ulcération spécifique qui guérit sous l'influence d'un traitement mercuriel.

Després (3) dans une étude sur les plaques muqueuses en général, considérées au point de vue de la variété du siège, note cinq fois leur existence dans les conduits auditifs ; il en aurait aussi observé plusieurs fois sur la pavillon.

Sexton (4) signale plusieurs cas de syphilis de la caisse avec invasion brusque de la surdité qu'il attribue à la congestion rapide de la caisse ou à des granulations, sans admettre de lésion nerveuse.

Hulot (5), dans son article sur les chancres extra-génitaux, rapporte l'observation d'un malade atteint d'ulcère primitif du tragus et Brisson (6) en publie une autre d'otorrhée purulente chez un ancien syphilitique ; de même Gervais (7) signale l'otorrhée purulente dans le cas de carie syphilitique de l'apophyse mastoïde.

En 1880, Bück (8), rapporte 30 cas de syphilis de l'oreille

(1) Saint John Roosa. — *Syphilis of the cochlea*. New-Yorck, méd. Record., mai 1876.

(2) Field. — *Cases of aural surgery*. *British med. Journal*, 6 oct. 1877.

(3) Després. — *Note sur les variétés de siège des plaques muqueuses et en particulier de celles du conduit auditif*.

(4) Sexton. — *V. Revue de syphilis et de Dermatologie*, 1880.

(5) Hulot. — *Revue de syph. et de dermat.* 1879 n° 1.

(6) Brisson. — *Thèse de Paris*, 1879.

(7) Gervais. — *Thèse de Paris*, 1879.

(8) Bück. — *American Journal of otology*, 1880, p. 25.

observés sur 3,976 malades atteints d'affections de l'oreille et répondant aux formes suivantes :

1° Ulcérations du pavillon et du conduit, s'étendant parfois jusqu'à la membrane du tympan.

2° Catarrhe de l'oreille moyenne.

3° Surdité intense sans lésion apparente due à une affection labyrinthique.

Comme B ck, comme avant lui Roosa, Politzer (1) croit que la syphilis a pour l'oreille interne une prédilection marquée. Tantôt la lésion labyrinthique s'accompagne de lésions des autres parties de l'oreille, tantôt elle existe seule et primitivement. La caractéristique des otopathies de ce genre résulterait de la perte de la perception osseuse ; dans la syphilis héréditaire elle coïnciderait souvent avec la kératite parenchymateuse.

Il serait souvent impossible de décider si la lésion vient du labyrinthe ou des centres nerveux.

Pollak (2) vit une gomme mastoïdienne longtemps méconnue amener une otorrhée purulente et la perte de l'ouïe.

Rizat (3) divise ainsi les lésions syphilitiques de l'oreille :

1° Syphilides du pavillon et du conduit.

2° Otorrh es, perforation du tympan.

3° Ostéites du rocher, névrites auditives.

Baratoux (4) publie deux observations de syphilis cérébrale avec troubles de l'ouïe. Roussel (5) une de troubles héréditaires de l'ouïe.

(1) Politzer. — *Arch. für Ohrenheilkunde*, 1880, t. XVI, p. 171.

(2) Pollak. — *Allg. Wien Medical Zeitung*, 1881, né 21.

(3) Rizat. — *Maladies vénériennes*, 1881.

(4) Baratoux. — *Thèse de Paris*, 1881.

(5) Roussel. — *Syphilis héréditaire, thèse de Paris*, 1881.

F. M. Pierce (1) communiqua au congrès de Londres (séance du 8 août 1881) un mémoire intéressant sur les lésions congénitales ou acquises de l'ouïe dans la syphilis. Les éruptions secondaires, les catarrhes seraient assez fréquents, mais aussi les symptômes nerveux. La syphilis héréditaire serait cinq fois plus fréquente chez la femme.

Il donne les caractères suivants pour la syphilis de l'ouïe :

- 1° Surdité prononcée et précoce.
- 2° Progrès rapides. Indolence.
- 3° Perte extrême et rapide du diapason au vertex.
- 4° Oblitération fréquente des trompes d'Eustache.
- 5° Persistance du tintement de nature sifflante.
- 6° Coexistence fréquente de symptômes de l'oreille moyenne.
- 7° Amélioration de la maladie des yeux pré ou coexistante.
- 8° Participation du nez et du pharynx au catarrhe.
- 9° Guérison moins complète que dans le catarrhe simple.
- 10° L'intolérance pour le bruit, comme celle de l'œil pour la lumière dans les affections syphilitiques de l'œil, est un symptôme peu caractérisé dans les affections syphilitiques de l'oreille.

L'auteur se base sur 40 cas de syphilis acquise, 35 de syphilis congénitale et insiste sur l'inanité du traitement anti-catarrhal dans ces lésions.

Dans le même congrès, Mac Bride rappelle les cas cités jusqu'alors de surdité brusque dans la syphilis, et M. Barr émet l'opinion que la syphilis peut affecter la partie molle du nerf auditif.

(1) Pierce. — *The specialist*, nov.-déc. 1880. Congrès de Londres. Séance du 8 août 1881.

Saint-John Roosa (1) attaque et réfute l'opinion de Sexton (2), qui impute à la congestion simple de la caisse les symptômes nerveux anormaux de la syphilis secondaire de l'oreille ; en effet, celui-ci publie trois nouvelles observations de surdité survenue sans lésion du tympan dans la syphilis secondaire et accompagnée de symptômes cérébraux précoces ; il persiste à attribuer ces troubles à la congestion simple de la caisse. Roosa se basant sur l'anatomie pathologique établie par Moos et sur ses propres observations, conclut à une lésion du nerf. Pour lui :

1° Une surdité subite intense qu'on ne peut expliquer par l'état de l'oreille externe ou moyenne est due à une lésion du nerf ou du labyrinthe.

2° Une surdité totale ou presque totale survenue subitement indique une affection du labyrinthe.

3° Si le diapason est mal entendu, s'il est mieux communiqué par l'air que par les os, il y a encore lésion labyrinthique.

4° Le traitement spécifique améliore et guérit parfois la lésion.

5° Les autopsies, quoique très-peu nombreuses, confirment ces données de la clinique.

Dans cette discussion entre Roosa et Sexton s'établit en quelque sorte l'anatomie pathologique du labyrinthe à la période secondaire.

A la même époque, F.-R. Sturgis (1) décrit la manière dont la syphilis atteint l'oreille moyenne ; il donne trois observations dont le principal caractère clinique est constitué par

(1) Saint-John Roosa. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, IX, p. 303.

(2) Sexton. — *The medical Record New-York*, 3 juin 1882, et *Revue des Sciences médicales*, fin 1882.

(3) F. R. Sturgis. — *Med. Record*, New-York, 1881, p. 437.

l'absence d'inflammation et l'état d'infiltration de la membrane du tympan.

Charles J. Ripp (1) décrit les lésions de l'oreille coexistant avec la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire. Il tire de ses six observations les conclusions suivantes : les lésions héréditaires de l'oreille sont caractérisées par la surdité brusque, les vertiges, les troubles de l'équilibre, l'absence de lésions du tympan.

Sexton observa chez une femme des syphilides des deux pavillons, qui guérèrent par le traitement mercuriel.

Thorens vit (2), sous l'influence des lésions artérielles occasionnées par la syphilis héréditaire, se former un hématome du pavillon de l'oreille.

Des vertiges auditifs ont été constatés par Dubuc (3) dans un cas de tabes dorsal d'origine spécifique, et dans un cas de syphilis héréditaire (4) par Lelou et Perrin.

Beverley Robinson (5) cite un cas douteux de surdité-mutité qu'il attribue à la syphilis héréditaire.

Dans une réunion de la Société de médecine de Berlin (6), M. Levin rappelle les troubles apportés par la syphilis dans l'appareil de l'audition et insiste sur la difficulté de distin-

(1) Ch.-J. Ripp. — *Transactions of the american otological society* et *Revue des sciences médicales*, 1882.

(2) Thorens. — *Union médicale*, 6 mai 1882.

(3) *Union médicale*, 1^{er} mars 1883. — (P. Dubuc).

(4) Dr Lelou et Perrin. — *Annales de syphilis et de dermatologie*, 25 mars 1883.

(5) Beverley Robinson. — *Medical Record*, 6 janvier 1883 et *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie, de rhinologie*.

(6) Société de médecine de Berlin, séance du 12 janvier 1883. *Berliner klinische Wochenschrift*, 7 mai 1883.

guer les otopathies syphilitiques héréditaires des maladies scrophuleuses de l'oreille, lorsque les premières sont accompagnées de lésions pharyngées.

M. Seligsohn rappelle que Zeissl, Buck, Knapp, ont observé des cas de syphilis de l'oreille; lui-même a vu un cas de lésion de l'ouïe coïncidant avec des oreillons, lésion d'un diagnostic difficile, mais qu'il n'hésite pas à rapporter à la syphilis congénitale.

Guerder (1), dans son traité des maladies des oreilles, qui est le plus récent, reconnaît que, bien que beaucoup étudiées récemment, les lésions spécifiques de l'oreille sont encore peu connues. Pour lui :

1° Les affections primitives sont rares, les éruptions secondaires plus fréquentes; de même la surdité par lésion de la trompe d'Eustache.

2° L'otite moyenne est catarrhale ou plus rarement sèche, hypertrophique, (hypertrophie surtout de la paroi interne). La congestion labyrinthique, en général bilatérale, donne une surdité rapide et des douleurs osseuses à exacerbations nocturnes.

3° La syphilis héréditaire amène tantôt l'otorrhée, tantôt la carie et la nécrose, tantôt la surdité labyrinthique. Comme tous ses devanciers, il insiste sur l'insuccès trop fréquent de tout traitement dans ces cas.

Pour nous résumer, disons que les lésions de la trompe d'Eustache, des os du crâne, et les syphilides du conduit sont connues depuis longtemps. L'étude des lésions dues aux gommès de la boîte crânienne ou du cerveau est presque aussi ancienne.

(1) Guerder. — *Maladies des oreilles*, Paris 1883.

Mais pour la syphilis héréditaire de l'oreille, il faut arriver jusqu'à Hutchinson et à ceux qui l'ont étudiée après lui ; quant à l'étude des lésions secondaires du labyrinthe et du mal de Ménière dans le cours de l'infection, elle est toute récente, et cependant de nombreux auteurs ont déjà recherché dans ces dix dernières années ses symptômes et son anatomie pathologique ; bien qu'enveloppée encore de beaucoup d'obscurités, la question semble s'éclaircir peu à peu, depuis les travaux de Moos, de Knapp et depuis la discussion engagée entre Sexton et Saint John Roosa sur sa pathogénie.

DIVISION

Les lésions de l'appareil auditif pouvant occuper à la fois, soit le pavillon et le conduit, soit la caisse et la trompe, soit le labyrinthe et l'appareil nerveux, et de plus se rencontrer aux trois périodes de la syphilis ;

Nous les étudierons dans l'ordre suivant :

1° Syphilis primitive de l'appareil auditif.

	A. De l'oreille externe.
2° Lésions secondaires	B. De l'oreille moyenne.
	C. De l'oreille interne.

Nous serons obligés de faire rentrer dans cette étude certaines lésions se rapportant à la syphilis cérébrale et s'étant produites dans les premières années de l'infection.

	A. De l'oreille externe.
3° Lésions tertiaires.	B. De l'oreille moyenne.
	C. De l'oreille interne et de l'appareil nerveux.

4° Enfin, nous étudierons les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale, en suivant autant que possible le même ordre.

Dans cette étude, nous donnerons la plus grande place aux lésions secondaires et héréditaires, les lésions tertiaires étant connues depuis longtemps, et du reste moins spéciales à la syphilis. Pour ce qui est des lésions osseuses, nous ferons

remarquer que, tout en les rangeant avec les lésions cérébrales dans la période tertiaire, elles peuvent être plus précoces, surtout dans les syphilis graves ou non traitées.

On sait du reste que, pour certains accidents mixtes, la séparation des deux dernière périodes de la syphilis est jusqu'à un certain point artificielle, basée plutôt sur la nature des lésions que sur leur chronologie.

CHAPITRE PREMIER.

Lésions primitives.

Les accidents primitifs exigeant pour se produire hors de la sphère génitale un concours de circonstances qui ne peuvent se trouver que très exceptionnellement pour l'appareil auditif, ce genre de lésions est donc très rare.

Cependant le chancre de l'oreille a été observé une fois ; d'autre part l'imprudence d'un spécialiste fort connu a permis dans ces trente dernières années de constater plusieurs cas de syphilis reconnaissant pour porte d'entrée l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache.

1° L'observation de syphilis primitive du pavillon est due à Hulot ; en voici le résumé :

OBSERVATION I.

« Le nommé Mar, 26 ans, tonnelier, se présente le 3 novembre 1877 dans le service de M. Fournier.

Sa profession l'expose à boire beaucoup, depuis quelque temps il ne peut supporter les alcooliques.

Depuis trois mois, le corps est couvert de boutons de différentes espèces. Phtiriasse intense. Mais tous les boutons ne

sont pas prurigineux. Pas d'antécédents spécifiques d'ailleurs.

Un de ces boutons s'est régulièrement développé. Situé à gauche et en avant de l'oreille, en arrière de la branche montante du maxillaire, immédiatement à la base du tragus, il s'est transformé peu à peu en une vaste ulcération à grand diamètre vertical de la dimension d'une amande. Sous une croûte brunâtre, couleur palissandre, à fleur de peau, que l'on fait tomber au moyen d'un cataplasme, on trouve un chancre syphilitique des mieux caractérisés par son aspect chair musculaire, piqué de sang veineux, par une petite couenne grisâtre presque centrale, adhérente près de la base du tragus, par son aréole violacée, par sa zone inflammatoire très étroite et à base indurée, chondroïde, élastique.

Les ganglions sous-mastoïdiens sont engorgés et forment une véritable pléiade ; de même les ganglions trapézoïdiens, sous-maxillaires du même côté que le chancre ; adenopathie bi-inguinale.

Depuis 5 semaines, syphilides ». (Hulot, loc. cit).

On ne put découvrir l'étiologie de cette lésion.

Il est probable qu'une écorchure servit d'entrée au virus.

Telle est l'observation unique de chancre de l'oreille que nous ayons pu relever.

2° La syphilis primitive a affecté un plus grand nombre de fois, comme nous l'avons dit, l'orifice tubaire, par suite de catéthérismes opérés avec des instruments insuffisamment nettoyés. La première observation fut publiée par Fournié, (Archives générales, II, 1863, p. 237).

OBSERVATION II.

A..., 18 ans, assez robuste. En décembre 1861 consulta le docteur X... pour des craquements ressentis dans le maxillaire inférieur. Celui-ci pratiqua des catéthérismes répétés de la trompe.

A la suite, douleurs vives. Hypertrophie des amygdales nécessitant l'ablation. Puis surdité, dysphagie ; on remarqua une légère inflammation naso-pharyngée et après avoir enlevé un enduit pultacé, on constata dans la région sus-palatine une vaste ulcération à fond grisâtre et une adénite cervicale postérieure. Pas d'autres traces de syphilis.

M. Ricord, appelé, demanda aussitôt quel était le spécialiste qui avait pratiqué le catéthérisme ; et, ayant observé une douzaine de cas analogues, il reconnut facilement l'origine du mal. — On institua le traitement mixte. La face présentait de l'echtyma ; la lésion par la suite fut touchée à la liqueur de Van Swieten, puis au nitrate acide de mercure ; puis on donna des pilules d'un demi milligramme de sublimé, — guérison partielle ; il ne resta que de l'echtyma du cuir chevelu. — Bientôt de pareils faits se multiplièrent et, le 14 septembre 1864, M. Lallier présentait à la société médicale des hôpitaux, une malade manifestement infectée de la même manière.

• OBSERVATION III.

Femme de 47 ans, pas d'antécédents. Catéthérisme par le Dr X... le 22 décembre 1863. Un mois après angine, fièvre intense, ulcérations, adénite sous-maxillaire, enchifrèment, ozène.

La narine gauche et les parois du pharynx présentent des traces de la lésion primitive. — Traitement mixte. — Amélioration rapide.

Gazette hebdomadaire, 1864, p. 810.

A peine cette communication était-elle faite que M. A. Fournier rapporta deux cas analogues : le premier observé chez un enfant de 10 ans ; le second relatif à un adulte qui, quelques mois après le catéthérisme, eut des douleurs unilatérales de la gorge, puis des éruptions caractéristiques. — On constata du côté où avait passé la sonde, de larges cicatrices en-

traînant en arrière le voile du palais. M. Gübler cite quatre faits absolument identiques, et par le mode de contagion, et par le genre des lésions qui en résultèrent,

Vigla, de même, avec Gosselin et Ricord, vit un cas semblable et constata par la rhinoscopie des chancres très étendus entourant l'orifice tubaire.

Hillairet rapporte cinq faits, toujours analogues; dans un il eut de plus un iritis syphilitique. Il rappelle que M. Follin fut consulté pour la même cause par une supérieure de couvent. A peine ces faits étaient-ils mis en lumière depuis un an que M. Bucquoy (1) portait à la connaissance de la même société une nouvelle infection par le catéthérisme de la trompe d'Eustache, causée toujours par le même spécialiste chez un jeune homme de 21 ans qui, sondé le 8 mars, avait le 4 juin suivant, outre une surdité intense, une éruption papulo-squammeuse. Il rappelle que MM. Dangeau et Cullerier observèrent un cas identique chez une dame de province mariée depuis 12 ans. Tous ces faits relativement assez nombreux, dus au même spécialiste en un temps assez court, émuèrent le monde médical au point que certains auteurs allemands, notamment Troellsche, Schroetter, etc., se soient crus autorisés à dire qu'un tel mode de contagion de la syphilis était fréquent en France, ce qui est absolument faux du reste; aucun cas de ce genre n'ayant été publié depuis. Quoi qu'il en soit, on peut résumer ainsi les caractères de la syphilis primitive du pharynx tirés de tous ces cas.

1° Chancres très étendus occupant la région sus-palatine, ou le pourtour de la trompe.

2° Les ganglions sous maxillaires ou cervicaux postérieurs sont le siège de l'adénopathie.

(1) Bucquoy. — *Gazette hebdomadaire* 1865, n° 35.

3° Syphilis secondaire en général marquée par des éruptions intenses et présentant un caractère de gravité peu commune.

En général angine intense, douloureuse, gêne de la déglutition, catarrhe naso-pharyngien avec ozène, surdité assez marquée; en un mot, caractères généraux des syphilides de l'arrière bouche, et comme conséquences de leur cicatrisation le rétrécissement de l'orifice tubaire.

4° La marche a semblé le plus souvent très rapide de manière que des symptômes généralement secondaires tardifs ou tertiaires (iritis, echantyma, ozène) soient apparus à une époque prématurée.

Peut-être cette gravité spéciale a-t-elle une cause inconnue, mais bien certainement la plus grande partie des symptômes observés est due à l'ignorance, où on reste forcé-ment dans tous ces cas, jusqu'à l'apparition de lésions profondes; en un mot, ces cas rentrent dans la série des syphilis non traitées

La seule chose à faire, c'est d'abord d'éviter la contagion, en prenant le plus grand soin des instruments; lorsqu'elle s'est produite, d'instituer un traitement mixte, très énergique, qui dans les cas observés a toujours été couronné de succès.

Quant à la transmission par d'autres instruments, bien que Rizat signale sa possibilité à l'aide du rhinoscope, nous n'en avons pu relever aucun cas publié.

CHAPITRE II.

Lésions de la période secondaire.

A) LÉSIONS DE L'OREILLE EXTERNE.

Nous décrirons dans cette première partie : 1° les syphilides du pavillon ; 2° l'otite aiguë syphilitique ; 3° les syphilides du conduit.

§ I. — Syphilides du pavillon.

Sans être absolument fréquentes, elles ont été observées un grand nombre de fois et peuvent occuper tous les points du pavillon.

Pour Rizat, elles répondent à deux types : la forme tuberculeuse sèche et la forme tuberculo-ulcéreuse. La première de ces formes n'a aucune importance ; elle est absolument identique comme caractères aux éruptions spécifiques des autres régions. Les syphilides peuvent devenir croûteuses et obturer l'orifice des conduits ainsi que Sexton (1) en a observé un cas ; l'éruption était isolée et le diagnostic ne fut porté qu'à la suite du traitement.

La seconde forme est plus grave ; en effet, les ulcérations peuvent donner lieu à des pertes de substance plus ou moins étendues. Elles ont déjà été observées par de Horne (V. plus loin), puis par M. Lasègue et plus souvent par des auteurs récents. Les lésions répondent aux accidents décrits généralement sous le nom de syphilides tuberculo-ulcéreuses, papulo-érosives, plaques muqueuses ; elles présentent en général une grande tendance à s'étendre aux dépens des tissus environnants. Després dit les avoir observé assez fréquemment ; dans

(1) Sexton. — *Medical Record*, juin 1882. — *Revue mensuelle d'Otologie, Laryngologie et Rhinologie*, 1^{er} avril 1883.

un cas, il en vit une avoir pour siège la perforation du lobule qui sert à donner passage aux boucles d'oreille. M. Lasègue en a observé entre le pavillon et la région mastoïdienne. Dans le cas où la perte de substance fut la plus considérable, les deux tiers d'un des pavillons furent détruits par des ulcérations ; ce fait a été publié par Field comme nous l'avons dit précédemment.

En résumé, les syphilides du pavillon répondent comme forme à celles de l'aile du nez par exemple ; elles indiquent lorsqu'elles sont ulcéreuses la nécessité d'instituer un traitement spécifique énergique ; comme traitement local, elles n'indiquent rien de particulier.

§ 2. — Otite aigüe syphilitique.

L'étude de cette lésion, en somme rare, est due tout entière à M. Ladreit de Lacharrière, bien que Terrier en ait observé un exemple ; aussi lui empruntons-nous cette description.

En général, elle débute spontanément.

Les deux conduits externes sont atteints simultanément et gonflés, mais non comme dans l'otite simple. La peau est fendillée, rouge, le tympan humide ou baigné de pus, rouge, éraillé.

Le produit de sécrétion d'abord transparent et fluide prend les caractères du muco-pus liquide, il a une odeur particulièrement désagréable. Les malades se plaignent seulement de diminution de l'ouïe, de sensation de plénitude de l'oreille.

Elle se distingue de l'otite simple, toujours si douloureuse jusqu'à l'établissement de l'otorrhée ;

De l'otite herpétique que l'on reconnaît à la présence de vésicules d'herpès ;

De l'otite eczémateuse dans laquelle la sécrétion est bien plus abondante et ne s'écoule pas.

Cette otite guérit le plus souvent sans laisser de traces. Cependant, il peut rester un peu de surdité, due soit à l'état catarrhal des caisses, soit à un peu d'épaississement du tympan.

On donnera le traitement général, plus, des injections calmantes et astringentes au borax.

On fera des frictions mastoïdiennes avec la pommade à l'iode de potassium.

OBSERVATION IV.

M. X., 19 ans, de Bellevue, amené par ses parents le 19 janvier 1875, bonne santé, surdité progressive de l'oreille à la montre, sensations de plénitude, bourdonnements lointains, démangeaison des conduits d'où s'écoule un pus sanieux et fétide. Conduits rouges ; épiderme exfolié par places, croûtes dans le nez, gêne de la respiration nasale, amygdales volumineuses, grisâtres. Roséole confluyente, plaques anales. Chancre non soigné 6 mois auparavant.

LADREIT.

OBSERVATION V.

Concierger, âgée de 35 ans, gêne de l'audition. Otalgie ; n'entend pas la montre, mais la parole prononcée à haute voix.

A gauche, paroi du conduit rouge, tuméfiée, fendillée ; à droite, même état, plus, des croûtes ; peu d'otorrhée, tympan louche (catarrhe de la caisse), gorge rouge, amygdales ulcérées.

Roséole à son déclin. Comme confidence, infection par le mari. Guérison facile par le traitement spécifique.

LADREIT DE LACHARRIÈRE.

Annales des Maladies des oreilles et du larynx, 1^{er} mars 1875.

Dans les deux cas, il y avait lésion pharyngée : dans un catarrhe de la caisse, il est donc permis de se demander s'il n'y a pas dans tous ces cas, comme dans celui de Terrier où le tympan fut perforé, communication du catarrhe pharyn-

gien à la caisse par l'intermédiaire de la trompe, puis, au conduit auditif externe, et si la lésion du conduit ne serait pas en somme simplement le résultat du catarrhe de la caisse.

§ 3. — Syphilides du conduit.

Fréquence. — La possibilité d'éruptions du conduit a été signalée par tous les otologistes, par Itard, par Hinton et par d'autres auteurs ; mais, en général, ce fait a été réputé comme une complication rare de la syphilis secondaire.

Sur douze cents syphilitiques, dont neuf cent quatre-vingt environ portaient des syphilides ulcéreuses, M. Després n'en aurait vu que cinq fois ; il dit, du reste, qu'il est fort possible que de nombreux cas aient passé inaperçus.

D'autre part, Schwarze (1), sur 221 malades atteints d'affections des oreilles, n'en constata qu'une fois ; de même, M. Gruber (2), dans une année, n'en a observé qu'un seul cas.

Pierce, cependant, les croit communes. En effet, sauf les cas où l'ulcération donne lieu à de l'otorrhée ou bien siège près du méat ou même détermine des lésions auditives, l'attention n'est généralement pas attirée sur ce point. Nous-même, pendant l'espace de dix-huit mois, et sur un nombre de syphilitiques assez restreint, avons pu voir un cas de syphilide ulcéreuse du méat, et un autre cas de syphilide papulo-squammeuse, ne déterminant aucun trouble de l'audition, et qui fut reconnu absolument sans qu'on ait de motifs pour le rechercher au début.

Étiologie. — Un fait frappant dans la genèse de ces lésions, c'est l'importance que prend dans leur apparition l'existence d'otopathies antérieures. Deux fois chez les cinq malades de

(1) *Archiv fur Ohrenheilkunde*, Baud IV. — 7.

(2) *Revue mensuelle*, 1^{er} janvier 1883.

Després, il y avait eu otorrhée ancienne ; de même, dans le cas rapporté par Knapp.

Ce fait mérite du reste d'être signalé et nous le retrouvons en général dans l'histoire des lésions auditives de nature spécifique, notamment à la période tertiaire. Dans nos deux cas, nous n'avons pu trouver d'antécédents ; mais ils se sont produits le premier, chez une malade de constitution lymphatique prenant très peu de soins de ses oreilles, mode de production également signalé par Després (1) ; dans l'autre, le malade, bien que sans antécédents du côté de l'oreille, était obligé souvent d'en retirer des masses cérumineuses concrètes qu'il comparait à de la farine. Nous donnerons donc comme causes d'éruptions du conduit : en premier lieu, les otopathies antérieures ; la malpropreté habituelle des oreilles ; le tempérament général lymphatique ; enfin, une sécrétion cérumineuse fort abondante.

Siège. — Le siège de prédilection des syphilides ulcéreuses est constitué par la paroi inférieure du conduit au niveau du méat ; cependant elles peuvent occuper toute son étendue. Knapp, Grüber, M. Fournier ont observé des cas où le conduit était rempli de syphilides. Le premier en a même vu à la surface du tympan capables de déterminer sa perforation, accident relaté déjà auparavant par Triquet. Chez notre second malade, une papule occupait le point de réunion de la paroi postérieure du conduit avec le bord de la circonférence du tympan qui, d'ailleurs, était sain.

La lésion est souvent unilatérale ; dans un des cas de Després seulement, les deux conduits étaient atteints ; la lésion était double chez la malade de Knapp ; de même dans le cas de papules squammeuses que nous avons observé ; il est vrai

(1) Després. — Article *Oreille*, du *Dictionnaire de Jaccoud*.

que le conduit gauche ne présentait qu'une lésion insignifiante.

Nature. — Pour Rizat, les syphilides du conduit peuvent être divisées comme celles du pavillon, en syphilides sèches et en syphilides ulcéreuses ; les premières sans importance, les secondes plus graves ; celles-ci en réalité, selon Knapp, Triquet, Després, sont des ulcérations à forme végétante, tendant à s'étendre aux dépens du conduit et même de la membrane du tympan.

En somme, les variétés ordinaires de syphilides peuvent se rencontrer ; mais la forme la plus fréquemment décrite est la forme papulo-ulcéreuse ou, si l'on veut employer l'expression généralement admise, la plaque muqueuse. Dans l'observation rapportée par Knapp, l'apparition de ces lésions avait été précédée par des taches rouges, par une véritable roséole du conduit.

La forme sèche s'observe aussi parfois, mais elle échappe facilement à l'observation, vu le manque de symptômes.

Description. — Lorsque les ulcérations occupent le méat, elles se présentent en général sous la forme d'une lésion grisâtre, d'aspect mauvais, blafard, à bords surélevés, tendant à l'hypertrophie. Després les décrit comme des élevures du tégment, des saillies papillaires dépourvues d'épiderme, occupant en général la demi-circonférence inférieure du méat. Elles sont végétantes ; leurs bords surélevés amènent un rétrécissement passager du conduit.

Souvent les environs de l'oreille sont gonflés, les ganglions engorgés (Schwarze) ; parfois le périoste peut se prendre, subir une inflammation hyperplasique, et le rétrécissement du méat demeurer permanent.

Ces papules s'ulcèrent de très bonne heure et déterminent alors l'écoulement d'un ichor blanchâtre, purulent, à l'odeur

nauséabonde, rappelant d'après Després celle de l'épiderme ramolli. Cette otorrhée est en général peu abondante.

Avec ces lésions, il en peut du reste exister de plus profondes : Vidal aurait vu d'un côté une exulcération, de l'autre, une plaque végétante du méat accompagnant des pustules ces deux tympans.

Les syphilides profondes présentent en général une teinte plus rouge ; comme le décrit Triquet, elles sont brun foncé, circonférentielles à la membrane du tympan ; détail de siège que nous avons pu nous-même observer sur une syphilide à forme sèche. Peu à peu, elles deviennent jaunâtres, acuminées, s'ulcèrent ; parfois alors elles envahissent la membrane du tympan et en déterminent la perforation. Cependant, elles peuvent être analogues à celles du méat. Triquet, qui, du reste, ne donne pas d'observations, aurait vu une fois une papule centrale du tympan déterminer une perforation avec chute du marteau ; d'après son opinion, ce seraient des lésions analogues qu'auraient observé Paré et Leschevin.

Elles présentent, du reste, la forme végétante, comme celles de l'entrée du conduit ; il en peut résulter une obstruction complète de celui-ci, comme dans l'observation de Knapp ; elles déterminent, comme les précédentes, un écoulement sanieux.

Quant aux syphilides à forme sèche, elles sont absolument sans importance au point de vue descriptif, et ressemblent à celles des autres régions.

Le retentissement de ces lésions est généralement peu marqué ; tout au plus, lorsqu'elles sont étendues, déterminent-elles de la gêne de l'audition. Lorsqu'elles occupent toute l'étendue du conduit, elles peuvent déterminer une certaine douleur, surtout si les produits de sécrétion sont plus ou moins longtemps retenus.

Lorsqu'il y a perforation du tympan, il peut se produire

par voisinage une olite moyenne aigue (fait de Knapp), avec perte de l'ouïe survivant aux lésions, mais qui, du reste, est curable. Les perforations sont en effet capables de se cicatriser.

M. Triquet signale la coexistence assez fréquente de l'iritis, qui est plus curable que la lésion de l'oreille ; fait généralement observé, du reste, dans les troubles auditifs coexistant avec des maladies des yeux dans le cours de la syphilis.

L'état général est souvent peu brillant : ce qui s'explique par la constitution spéciale du malade ou, comme le dit M. Lancereaux, par le développement de la chloro-anémie secondaire ; ces troubles se produisent en général en pleine infection. On les observe en effet, non au début, mais en pleine période secondaire : dans le cours des deux premières années de la syphilis ou même plus tard.

Le diagnostic est facile ; on trouve toujours en même temps d'autres lésions spécifiques.

Traitement. — En général, les syphilides ulcéreuses du conduit sont plus rebelles que les autres lésions ; on a employé contre elles les lotions noires anglaises dans le conduit (Hinton), les cautérisations au chlorure de zinc (Desprès) ; nous avons vu employer avec assez de succès la poudre d'oxyde de zinc, puis l'iodoforme ; en réalité, il faut surtout nettoyer les conduits et cautériser les plaques, par exemple avec le nitrate d'argent. Les syphilides sèches ne réclament pas de traitement local.

L'indication essentielle est dans tous les cas d'employer un traitement général par les pilules ou par les frictions, comme dans toute syphilis à manifestations intenses, vu surtout la possibilité d'une périostite du conduit ou de lésions de la membrane et de la caisse du tympan.

OBSERVATIONS

VI. Marie Madeleine, 26 ans, gonorrhée virulente ; pustules dures aux grandes lèvres, la partie supérieure et interne des cuisses, la tête, le derrière des oreilles ; les conduits renferment des pustules suppurantes ; ganglions du cou engorgés, surdité opiniâtre. 30 mai 1776 : solution de sublimé. Le 31, frictions de pommade mercurielle ; le 6 mai, surdité diminuée, guérison le 16 ; sortie le 29.

DE HORNE, loc. cit.

VII. Michel D..., 42 ans, malade depuis 4 ans 1/2, chancres du prépuce, éruptions diverses. Aujourd'hui, large pustule du conduit auditif droit avec écoulement purulent. Plus tard, douleur des membres, troubles cérébraux ; guérison par les fumigations mercurielles.

LALOUETTE, loc. cit.

VIII. Femme atteinte de syphilis constitutionnelle à la période secondaire ; papules de la face et du tronc. Papules remplissant les deux conduits.

A l'intérieur, traitement général.

Dans les conduits, bourdonnets de charpie imbibés d'onguent gris. Guérison.

GRUBER (*Revue mensuelle d'otologie, de laryngologie, de rhinologie*, 1^{er} janvier 1883).

IX. J. Jeanne, 30 ans, entrée le 27 juin 1870. Syphilis, plaques végétantes de la vulve et des amygdales. Plaques muqueuses végétantes des deux conduits auditifs. Sortie le 17 août. Plaques vulvaires et tonsillaires guéries. Plaques des oreilles en voie de guérison.

DESPRÉS, (*Annales des maladies des oreilles et du larynx*, 31 décembre 1878).

OBSERVATION X.

Syphilides papulo-érosives des deux conduits et des membranes. — Perforation. — Guérison. — M^{me} H..., 36 ans. A 10 ans, éruption du cuir chevelu. Otorrhée gauche guérie.

Il y a six mois, éruption papuleuse généralisée, deux mois après une infection manifeste par son mari.

De temps à autre, céphalalgie ; ouïe bonne.

Quelques taches rouges dans les deux conduits, rapidement remplacées par des papules, qui augmentent de volume au point de les remplir.

Depuis 4 semaines, écoulement séro-purulent ; diminution notable de l'ouïe.

Entrée à la clinique le 20 septembre 1868. Les conduits sont remplis d'excroissances rouges, ulcérées, humides, analogues aux syphilides anales habituelles. Syphilides papuleuses généralisées, ulcérations du voile du palais. Traitement général. Calomel dans le conduit. Cautérisations au nitrate d'argent.

Les plaques diminuent. Otite moyenne purulente aigüe. Perforation des deux tympans. Après deux mois, cicatrisation. Retour de l'audition.

KNAPP, de New-Yorck,
(*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1869.)

OBSERVATION XI.

(Personnelle.)

J. Aurélie, 20 ans, constitution lymphatique, entrée le 8 mars 1879, dans le service de M. le docteur Bertin, à qui nous devons les notes relatives à ses divers séjours.

Syphilides papulo-érosives des grandes lèvres et du vestibule. Forte adénopathie biinguinale, vaginite, érythème de la gorge. 2 pilules de protoiodure de 0.05, pommade au calomel (4 g. sur 30), gargarisme au sublimé. Sort le 8 mai.

Rentrée le 12 juin. Condylomes de l'entrée du vagin, ulcération indurée en voie de cicatrisation à ce niveau, même traitement ; sort le 26 janvier 1880. Rentre le 4 mai. Eruption généralisée ; quelques traces érythemateuses ; sortie le 8 juillet.

Rentre une quatrième fois à la Maison de Secours, service de M. le professeur agrégé Spillmann ; elle présente quelques traces de syphilides ; de plus, à l'entrée du conduit auditif droit une syphilide ulcéreuse, blanc grisâtre, à bords saillants, semi lunaire, occupant la demi-circonférence inférieure du méat. Otorrhée assez abondante, fétide, méat rétréci. Pas de troubles auditifs.

Une, puis deux pilules de protoiodure. A l'extérieur iodoforme ; puis liqueur de Labarraque et oxyde de zinc. — Elle sort le 28 décembre. La syphilide du conduit est en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XII.

(Personnelle.)

Th. J. Ernest, 42 ans, journalier, entré le 8 janvier 1883, à la Maison de Secours, salle St-Hubert n° 7, service de M. le professeur agrégé Spillmann.

Dernier coït fin novembre ; chancre à la face interne du prépuce un mois après. Phimosis ; le malade aurait senti vers cette région une induration. Pléiade biinguinale indolente ; ganglion anatomique à droite. Soigné pendant quinze jours à l'Hôpital du Midi. Actuellement syphilides de la face inférieure de la verge, papuleuses et papulo-érosives ; papulo-hyperthrophiques à l'anus ; adénite biinguinale ; sur tout le corps syphilides papulo squammeuses ; de même à la nuque. Croûtes du cuir chevelu. Quelques ganglions cervicaux. Les oreilles sont habituellement remplies de cérumen ; depuis quelques temps il en retire un enduit sec, qu'il compare à de la farine, sans odeur spéciale. Syphilide papulo-squammeuse rougeâtre, située derrière la base du tragus, à sa face interne, près de son bord inférieur ; une autre à la paroi inférieure du conduit vers son milieu, analogue. Elles sont recouvertes toutes deux d'une pellicule jaunâtre. Une troisième, blanchâtre, située tout près

de la précédente, assez étendue et s'avancant presque au milieu du conduit, très saillante, non ulcérée.

Une quatrième circonférentielle au tympan, à la jonction de la paroi postérieure du conduit avec cette membrane, sur laquelle elle n'empiète pas.

Telles sont les lésions de l'oreille droite.

A gauche seulement, une très petite papule squammeuse de la paroi inférieure du conduit, assez profonde.

Pas de troubles de l'ouïe ; tympan normaux mobiles à une expiration brusque ; pas de lésions de la gorge. Traitement, 1 pilule de protoiodure. Liqueur de Labarraque. Oxyde de zinc. A partir du 11 juin, frictions de 4 à 12 gr. — 15 juin : les syphilides de l'entrée du conduit sont devenues uniformément blanches, saillantes, sans qu'il y ait d'otorrhée. L'oreille est remplie à ce niveau d'une sorte de magma concret et sec. Le malade n'éprouve aucun trouble du côté de l'ouïe.

Le 18 juin, syphilides en voie de guérison.

OBSERVATION XIII.

(Inédite.)

Service de M. le professeur Grisolles, salle des hommes (1866). N... ouvrier, âgé de 27 ans, en pleine évolution secondaire : l'infection remontant à 6 mois environ. On constate à l'entrée du conduit auditif et dans ce conduit un amas de syphilides papulo-hypertrophiques et érosives. Ecoulement insignifiant, absence de douleurs. Le malade entend beaucoup moins bien de cette oreille, mais il n'y a pas de surdité absolue. Au bout de trois semaines de traitement spécifique, tous ces accidents avaient disparus.

Communiquée par M. le Dr Spillmann.

B) LÉSIONS DE L'OREILLE MOYENNE.

Parmi tous les troubles de l'ouïe que peut amener la période secondaire, les plus importants sont, sans contredit,

ceux de l'oreille moyenne, tant par les complications telles que perforations du tympan, troubles du labyrinthe qui peuvent les accompagner, que par leur pronostic souvent grave au point de vue de la fonction auditive, parfois au point de vue général.

Depuis la congestion simple de la caisse, jusqu'au catarrhe, jusqu'à la suppuration en effet, divers degrés peuvent se rencontrer. Le tympan peut être à peu près sain ou bien infiltré; il peut se perforer dans certains cas et amener ainsi la perte de la fonction auditive; le labyrinthe peut lui-même se prendre, en vertu de cette sorte de loi de propagation des lésions que nous retrouvons à chaque pas.

Nous avons déjà vu en effet, et nous n'y reviendrons pas, ces lésions ne différant pas des autres otites moyennes, la membrane et la caisse s'enflammer à la suite soit de l'otite aiguë de Ladreit de Lacharrière, soit de syphilides du conduit (fait de Knapp). Nous verrons de même la syphilis atteindre la caisse, en partant de l'arrière-bouche par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache; nous la verrons succéder à l'iritis sans qu'on puisse saisir le lien qui rattache ces deux lésions. L'influence d'otopathies antérieures est, du reste, aussi marquée ici que dans les autres cas. Nous croyons donc utile d'étudier d'abord le mode de production dans les différents cas; puis de donner à la suite une description générale.

§ I. — Lésions par propagation au tympan de la syphilis de la trompe.

Cette forme est, de tous les troubles secondaires, la plus fréquente et la plus connue. Toynbee, Itard, Bonnafont en rapportent des exemples nombreux. En effet, si dans les inflammations pharyngées de peu d'intensité, l'audition reste indemne, il est facile de comprendre que, lorsque l'angine spécifique est intense, lorsqu'elle détermine un gonflement

marqué de la région postérieure aux piliers, lorsque des syphilides ulcéreuses atteignent l'orifice de la trompe, il y ait retentissement soit mécanique, soit inflammatoire de la lésion pharyngée sur l'état de l'oreille moyenne. La cicatrisation d'ulcérations de la région peut aussi amener une obturation ou une destruction même de l'orifice tubaire; ce fait est, du reste, plus fréquent à la période tertiaire.

Mais même parmi ces lésions, nous avons à faire une distinction chronologique assez importante au point de vue du pronostic; lorsque le catarrhe de la trompe ou de la caisse, ou même son obstruction mécanique dépend d'une lésion secondaire précoce, les lésions sont peu aigües, mais cèdent vite au traitement spécifique; des lésions plus tardives peuvent amener au contraire un catarrhe chronique assez rebelle qui, chez des sujets prédisposés, peut aboutir à la suppuration, à la destruction de la membrane tympanique. Nous verrons en effet une amygdalite hypertrophique, bien caractérisée comme éruption par la présence de syphilides opalines, déterminer des troubles légers qui cédèrent en quelques jours, bien qu'accompagnés de bourdonnements assez aigus; dans d'autres cas de syphilides tardives, la perception auditive être atteinte même dans son appareil de transmission et ne céder qu'à un traitement prolongé et énergique ou même ne pas guérir. En effet, dit Guerder, l'angine peut s'étendre sous forme de granulations au pavillon de la trompe et donner une surdité persistante. On constate plutôt dans ces cas une otite à forme sèche, plastique, hypertrophique; dans le premier cas généralement de la congestion simple. Nous reviendrons du reste sur ces caractères.

Nous croyons inutile de décrire longuement les formes diverses de syphilides pharyngées qui peuvent être en cause: dans un cas, Després (art. *Oreille*, du *Dictionnaire de Jaccoud*)

constata à l'aide du rhinoscopè, une couronne de syphilides ulcéreuses autour de l'orifice tubaire; dans d'autres cas, le laryngoscope ou l'examen simple ont fait voir des syphilides papuleuses, érythémateuses du pharynx.

Quoiqu'il en soit, la lésion de l'oreille peut débiter à toutes les phases de la syphilis constitutionnelle; pour Schwarze, elle débiterait entre 7 mois et 4 ans. Nous avons vu se produire des accidents bénins, il est vrai, tout à fait au début de l'infection secondaire.

En général, le début des accidents est, dans ces cas, lent, progressif, avec peu de douleurs ou simplement des bourdonnements; mais il n'y a rien d'absolu surtout lorsque la syphilis est déjà ancienne: ou bien on a affaire à un catarrhe chronique rebelle, indolent, ou encore à une surdité brusque, s'établissant en quelques jours, amenant des douleurs nocturnes vives et s'accompagnant de vertiges intenses. Cette forme la plus rare, du reste, est souvent accompagnée de lésions de l'appareil nerveux. On est en droit de se demander dans ces cas si l'otite moyenne n'a pas déterminé un véritable mal de Menière.

§ 2. — Lésions de la caisse, sans affection pharyngée,

A côté de cette étiologie, il est des cas où les trompes restant libres et perméables, la caisse se trouve atteinte sans qu'il y ait de lésions pharyngées ou bien lorsque celles-ci sont trop peu étudiées, trop bénignes pour qu'on puisse leur imputer les troubles souvent intenses qui se produisent.

On voit en effet, chez les strumeux, la syphilis amener, et souvent en même temps que des lésions oculaires, une otite suppurée avec perforation, fait signalé par Wylde, Bonnafont; et peut-être chez le malade que nous avons pu observer, avons-nous affaire à un cas de ce genre; bien qu'on puisse incriminer aussi comme cause prédisposante l'état de

déchéance organique, où une syphilis secondaire, intense, déjà ancienne et non traitée, avait plongé le malade.

Enfin, les cas cités par Sexton, Roosa, et par d'autres auteurs de surdité complète, à début foudroyant, bien que s'accompagnant de quelques symptômes du côté de la caisse, doivent être rangés, si les lésions du tympan sont peu étendues, ce qui est la règle, à côté des quelques faits de syphilis pure du labyrinthe observés par Moos et par Knapp.

Nous avons eu nous-mêmes à observer un cas fort complexe dans lequel l'infiltration d'un tympan, la couleur très louche de l'autre, la perforation double survenant chez un individu strumeux, affaibli par une syphilis déjà longue, auraient pu faire croire à une otite suppurée, malgré l'absence d'otorrhée.

D'autre part, la rapidité de la perte de l'audition, les troubles intenses, les douleurs, la perte de la perception osseuse, puis les vertiges, les troubles de l'équilibre même qui survinrent chez ce malade, vinrent nous démontrer que le labyrinthe avait souffert avec l'appareil nerveux.

Ces deux modes de lésions se montrent du reste en général assez tard, souvent à la fin de la première année d'infection ou dans les suivantes; là, comme partout, la syphilis réserve ses manifestations les plus graves pour l'avenir, les plus précoces étant sans gravité notable.

Un fait assez remarquable et qu'on retrouve dans la syphilis héréditaire, c'est que la maladie des yeux coïncidant avec celle de l'oreille est plus curable, et souvent même est complètement guérie, lorsque cette dernière s'établit.

§ 3. — Description.

Quoiqu'il en soit, la syphilis secondaire de la caisse débute ainsi que nous l'avons dit, soit assez lentement, soit brusquement.

1° *Otite bénigne à marche lente.* — Dans certains cas, le malade sent l'ouïe diminuer progressivement en général d'un seul côté, l'autre ne se prenant qu'à la suite et présentant généralement des lésions moins avancées ou moins graves que le premier atteint, ou souvent restant sain

Le malade éprouve des bourdonnements plus ou moins intenses, parfois insignifiants, dans d'autres cas, des sensations subjectives, comme des roulements de voiture; les douleurs du conduit sont, en général, peu marquées; dans les cas les plus insidieux, les phénomènes qu'on peut observer, se résument simplement à une cophose persistante et progressive. Le premier mode de début répond surtout au cas d'otite par propagation d'une inflammation pharyngée.

Si alors on examine l'intensité de la perception auditive, on remarque que le bruit de la montre n'est entendu au voisinage du pavillon de l'oreille, que jusqu'à une distance plus ou moins faible; il en est de même du diapason. Parfois, la montre ne s'entend plus qu'au contact; l'audition de la voix très haute est seule conservée.

Lorsqu'on pratique l'examen otoscopique, on trouve qu'en général les conduits demeurent sains; mais que la membrane du tympan présente des lésions très marquées, au point que Bonnafont a décrit cette affection sous le nom de myringite syphilitique.

La couleur de la membrane est modifiée en tout ou en partie; au lieu d'être franchement transparente, elle présente une couleur gris terne, plombée, mate, et surtout un état d'infiltration, d'épaississement qui a frappé tous les auteurs qui l'ont constaté, et surtout Sturgis. La membrane s'épaissit, se couvre d'exsudats qui nous ont semblé constitués dans un ou deux cas par une sorte d'aggrégation de fibres parallèles d'un blanc grisâtre; parfois, une partie de la membrane restant

saine fait ainsi juger de l'épaississement dans la région lésée. En général, celle-ci est plus concave qu'à l'état normal, le manche du marteau est rouge, ou tout ou moins rosé et parfois aussi une partie de la portion du tympan qui l'environne ; il est rétracté. Le reflet lumineux du tympan nous a semblé en général peu modifié.

Lorsque l'otite est très grave, en général il se produirait, d'après Schwarze, Guerder et d'autres auteurs, une inflammation du périoste, frappant surtout les osselets et la paroi antérieure de la caisse ; forme qui serait, du reste, assez rare.

Sexton invoque pour expliquer les troubles auditifs, la présence de granulations qui s'interposeraient entre les osselets, au point de gêner leurs mouvements (?), ce qui est une hypothèse gratuite. Ce qu'il y a de certain, c'est que la forme générale de l'otite est sèche, scléreuse, ainsi que le prouve l'état du tympan.

En somme, on ne peut guère constater que les lésions de la membrane, puisque celle-ci est en général opaque ; cependant, lorsqu'il y a des douleurs osseuses violentes, on pourra conclure à une périostite de la caisse ; lésion, du reste, analogue à celles constatées dans le labyrinthe par Moos.

L'état de la trompe mérite aussi d'être pris en considération ; le plus souvent, les recherches de Valsalva, de Politzer ; la stéthoscopie de l'oreille au moment de la douche d'air, dénotent une obturation plus ou moins complète.

2° *Otite grave à début brusque, à marche rapide.* — Parfois, le peu de symptômes, le degré peu intense de la cophose, semblent indiquer que l'engorgement de la trompe, son obstruction, peut-être un peu de catarrhe de la caisse, sont seuls en cause, mais les phénomènes peuvent se présenter avec des caractères de plus haute gravité.

Les douleurs présentent dans ces cas et dès le début une

intensité violente ; en quelques jours, une surdité intense s'établit, et non seulement pour l'oreille moyenne, mais pour le labyrinthe, le tout coïncidant avec les caractères otoscopiques signalés plus haut. Ce fait se produit surtout dans les cas de syphilis avancée, avec intégrité de la trompe d'Eustache, mais peut aussi se produire par propagation, il est important de le noter, d'une lésion pharyngée à ce conduit. Ce sont ces cas auxquels Schwarze attribue pour caractère la céphalalgie temporale à exacerbations nocturnes, l'abolition rapide de l'ouïe, l'exaspération rapide des douleurs osseuses.

Mais il est permis de se demander avec Roosa si des symptômes aussi accentués, si des bourdonnements intenses, des bruits subjectifs terribles ne répondent pas plutôt aux lésions propagées au labyrinthe. Telle est, du reste, l'opinion de Pierce qui caractérise la syphilis de l'oreille moyenne, comme un catarrhe avec prédominance des symptômes anormaux du nerf auditif.

L'état de l'oreille moyenne ne permet pas en effet de comprendre des symptômes si intenses ; nous reviendrons sur ce sujet à propos de la syphilis du labyrinthe.

3° *Otite suppurée chronique.* — Il nous reste enfin à parler de l'otite suppurée à la période secondaire et sur ce point nous serons bref, car elle ne diffère pas des autres otites suppurées et, du reste, compte autant comme facteurs les diathèses strumeuse ou tuberculeuse que la syphilis, qui est l'occasion de leur naissance. Dans ces cas, la purulence nous semblerait assez une complication strumeuse de la syphilis de l'oreille moyenne : les syphilitiques tuberculeux, qui présentent des ulcérations en arrière du voile, ou aux narines, ont, dit M. Desprès, des otites aiguës suppuratives.

Or, la part des deux diathèses serait possible à établir d'après Sturgis. Dans sa troisième observation, relative à un

malade atteint d'otorrhée ancienne, l'infiltration du tympan permet d'affirmer qu'on avait affaire à une otite syphilitique, développée par la suite dans la caisse du même côté.

Dans ces cas, l'otite purulente chronique présente ses caractères habituels ; perforation assez rapide du tympan, otorrhée, parfois lésions osseuses, nécrose et chute des osselets et du promontoire. Nous reviendrons, du reste, sur l'otorrhée en étudiant les lésions osseuses tertiaires. Ajoutons enfin et encore une fois, que tous ces caractères, ne répondent pas à trois types bien tranchés d'otites ; le plus souvent, en effet, on observe des formes mixtes, où la surdité labyrinthique pourra résulter par exemple d'une lésion de l'orifice tubaire, avec une otite catarrhale ou suppurative.

En somme, ce genre de lésions peut être comme ensemble divisé ainsi au point de vue de la forme :

1° Otite chronique sèche, catarrhale ou purulente.

2° Otite aigüe congestive (Sexton) qui répond, comme nous le verrons plus loin, plutôt à une lésion mixte de la caisse et du labyrinthe, lésion aigüe due soit à la propagation de la maladie de la caisse à l'appareil nerveux ; soit parfois à la syphilis d'emblée du labyrinthe.

La lésion caractéristique de l'oreille moyenne pour le tympan est donc constituée par une inflammation scléreuse de la caisse avec épaissement, infiltration du tympan, intégrité ou non du calibre de la trompe. Les autres lésions observées sont plutôt des complications. D'après cette description, le pronostic est facile à tirer. Au début de la syphilis secondaire, lorsque les lésions présentent un aspect chronique, qu'elles dérivent simplement d'une obstruction mécanique de la trompe ou de son catarrhe communiqué à la caisse, le traitement antisiphilitique a toute chance de réussir rapidement. Dans d'autres cas, il faut un traitement assez prolongé, les

malades sont sujets aux récidives ; dans des cas d'otite suppurée le pronostic au point de vue de l'audition et à celui des complications, n'est autre que celui de cette affection elle-même ; pour les cas de syphilis du labyrinthe, nous en discuterons plus tard la gravité. En tous cas, lorsque le diapason est complètement perdu sur les os, la surdité est incurable. On conçoit que dans ces cas, le traitement anti-catarrhal, la médication externe ne produisent que peu de résultats ; bien entendu la médication habituelle des lésions de l'arrière bouche, de l'iritis, ne devra pas être négligée ; on cautérise les plaques muqueuses de l'arrière bouche, on emploiera tous les moyens locaux ordinaires contre l'otite purulente, si elle se produit.

Mais comme toujours, la grande indication est ici d'instituer le traitement spécifique mixte, et avec énergie donner le mercure et l'iodure de potassium. Consultez, en effet, les diverses observations publiées par les otologistes, notamment par Bonnafont ; les traitements locaux les plus consciencieux, les plus éclairés, et les plus longtemps prolongés, n'ont eu aucun résultat lorsqu'à côté on n'instituait pas le traitement hydragyrique. Si on emploie une médication locale, il ne faut la regarder que comme un adjuvant. Les lésions souvent graves observées par Bonnafont, leur peu de tendance à se guérir dans deux cas, venaient de la difficulté d'obtenir des aveux et du temps, pendant lequel la maladie resta ignorée, et par conséquent non traitée.

C) LÉSIONS DU LABYRINTHE ET DU NERF.

Pathogénie. — Nous avons déjà fait pressentir, en étudiant les lésions de la caisse, que l'appareil nerveux pouvait être atteint dans le cours de la période secondaire.

Parfois la syphilis éclate tout-à-coup dans cet appareil

sans qu'il y ait de lésions de l'oreille moyenne (faits de Knapp, de Moos), tantôt elle succède à une inflammation de la caisse. Dans le premier cas, elle coexiste souvent avec des affections oculaires.

D'autre part, de même qu'une inflammation peut se transporter de la muqueuse de l'arrière bouche à celle de la caisse, de même le labyrinthe membraneux peut être atteint après l'oreille moyenne. D'après Roosa, la communication se fait à la faveur de connexions vasculaires directes entre les vaisseaux de la caisse et du limaçon. Ces vaisseaux ramperaient le long de la paroi externe du labyrinthe et, par ce moyen, une inflammation de la caisse se propagerait à cet organe, au niveau des fenêtres ronde et ovale, par où se ferait surtout cette communication.

Quant à la question de savoir si le tronc du nerf peut lui-même être atteint au fond du conduit auditif interne, elle est moins élucidée. Pour O. Brause, lorsque la lésion labyrinthique semblera isolée, on pourra conclure que le nerf de la 8^e paire est atteint ; s'il y a d'autres phénomènes, même à une origine centrale. Ces faits se rencontrent surtout à la fin de la période secondaire ou à la période de transition et à la période tertiaire. Il est des cas où une lésion du nerf est au moins probable ; ce sont ceux où on trouve à la fois de la surdité nerveuse et une paralysie faciale. Bück fait remarquer, en effet, d'après Seligsohn, que la communication intime du nerf facial avec le tronc du nerf de la 8^e paire et avec le premier tour du limaçon, celle de l'acqueduc de Fallope avec l'appareil auditif (O. Brause) permettent de comprendre comment la lésion peut passer du facial à l'acoustique ou réciproquement ; passer de là vers les centres nerveux et amener des troubles graves du côté de l'encéphale. C'est pour cela qu'on peut craindre, dans les cas de syphilis du labyrinthe,

de n'avoir en somme affaire qu'aux prodromes d'une syphilis cérébrale précoce.

Répetons le encore, ces lésions sont généralement tardives dans la période secondaire, elles ne se produisent guère qu'après un an ou deux ; cependant, dans un cas de Sexton, la surdité se produisit après six mois d'infection ; on les voit souvent beaucoup plus tard, de sorte qu'on pourrait les regarder comme mixtes, communes à la période secondaire et à la tertiaire.

Dans d'autres cas, le nerf facial serait seul atteint (O. Brause). Par l'intermédiaire du nerf petit pétreux superficiel et du ganglion otique, il innerve le muscle du marteau ; la paralysie de ce muscle pourrait amener un relâchement du tympan ; mais ce mode n'est pas bien prouvé : il est plus probable, vu les sensations subjectives, les bourdonnements, que le nerf de la huitième paire est presque toujours atteint en même temps que celui de la septième. Nous aurons du reste à revenir sur tous ces détails à propos de la syphilis tertiaire.

Quoiqu'il en soit, tantôt à la suite d'une lésion spécifique de l'oreille moyenne, éclatent tout-à-coup les symptômes caractéristiques de l'otite labyrinthique ; tantôt la surdité coïncide avec une paralysie faciale, tantôt avec une lésion oculaire, tantôt elle éclate absolument sans autres lésions (fait de Moos). On a alors affaire à une véritable maladie de Menière avec tous ses symptômes graves. Les deux faits de Moos et de Knapp se rapportent à une époque très tardive de l'infection, à la syphilis de transition en quelque sorte, bien que les auteurs n'hésitent pas à les attribuer à la syphilis secondaire.

Ne se basant que sur l'observation de Knapp et lui reprochant de ne pas donner de détails sur l'état de l'oreille moyenne, M. Duplay (1) ne croit pas à l'existence du mal de Menière

(1) Duplay. — *Traité de Pathologie externe*, t. IV.

dans la syphilis. Brause croit que la question n'est pas assez élucidée; cependant, de nombreux faits ne permettent pas de rester dans le doute : les cas de Knapp, de Moos ne sont pas les seuls observés.

« J'ai vu, dit J. Grüber (1), quatre fois chez des soldats syphilitiques une surdité subite après un refroidissement, des accès de vertige qui disparurent, mais en laissant après eux de la surdité qui persista chez un des malades.

Un des malades étant mort quelque temps après du typhus, l'autopsie permit de constater une hyperhémie intense du labyrinthe et aussi de l'oreille moyenne ».

M. Fournier dit avoir observé dans deux cas des symptômes analogues à ceux de la maladie de Menière (syphilis du cerveau, page 110). Troellsche du reste s'exprime ainsi : Dans certains cas apparaissent tout à coup les symptômes de la maladie de Menière sans lésions de l'oreille moyenne, puis une surdité persistante qui souvent atteint les deux oreilles.

Du reste, dans le cas même où l'oreille moyenne est atteinte, la rapidité des accidents nerveux doit faire penser le plus souvent que l'oreille interne est atteinte simultanément. L'autopsie de Grüber semble bien le démontrer ; la congestion se fit subitement dans l'oreille moyenne et, en vertu des connexions vasculaires dont nous avons parlé, envahit brusquement et simultanément le labyrinthe. M. Fournier range ses deux faits parmi les phénomènes nerveux prodromiques de la syphilis cérébrale à forme congestive.

Dans leurs thèses sur le mal de Menière, Bonnenfant (2) et Léo (3) admettent aussi l'influence de la syphilis. En ré-

(1) Jos Grüber. — *Lehrbuch der Ohrenheilkundes*. Wien, 1870.

(2) Bonnenfant. — *Thèse de Paris*, 1874.

(3) Léo. — *Thèse de Paris*, 1879.

sumé, ou bien la lésion labyrinthique est unique et par conséquent primitive, ou bien elle résulte rapidement d'une maladie de l'oreille moyenne.

Anatomie pathologique. — Maintenant, quelle est la nature de la lésion labyrinthique? Faut-il, avec Sexton, ne voir que de simples troubles congestifs de l'oreille moyenne dans la syphilis brusque, bilatérale de l'appareil de l'ouïe, amenant à sa suite une surdité à peu près absolue et caractérisée par des phénomènes d'excitation nerveuse d'une grande intensité, ou encore les attribuer à des granulations de la caisse? Sexton se base sur ce que dans les trois observations qu'il publie, l'audition osseuse était conservée pour le diapason; mais, comme le fait remarquer Calmettes (1), cet auteur a eu le tort de ne pas employer la montre, le diapason exigeant, pour n'être plus entendu, une lésion très profonde de l'appareil nerveux. Du reste, surtout dans ces cas, lorsqu'il y avait en même temps paralysie du nerf facial, pourquoi ne pas admettre en même temps une lésion de l'acoustique?

Saint-John Roosa réfute victorieusement cette opinion, en faisant remarquer que dans les cas observés par lui les caractères principaux ont été l'intégrité de l'oreille moyenne et externe, la perte de certains sons et non d'autres et du reste la perte du diapason plus ou moins complète pour les os.

Enfin l'autopsie, dans certains cas, a permis de constater des lésions labyrinthiques (Roosa, Grüber, Politzer). On ne peut donc conclure qu'à une lésion du nerf ou du labyrinthe. Ajoutons encore qu'un symptôme bien caractéristique d'une lésion labyrinthique dans ces cas a été signalé par M. Fournier, c'est l'hyperacousie douloureuse observée une fois.

Quelle est la nature de la lésion observée? La congestion

(1) Calmettes. — *Revue des Sciences médicales*, 1882.

brusque du labyrinthe ne peut être niée évidemment ; les symptômes de ces genres de lésions, la vérification par l'autopsie ne laissent aucun doute ; mais est-ce là tout ? Dans bon nombre de cas, la lésion résiste à tout traitement spécifique.

A propos de ces faits, M. Pierce se demande si on a affaire à une périostite des parois, ou à l'inflammation proliférative des muqueuses intéressées (caisse et labyrinthe). La rapidité de la lésion lui fait rejeter la première opinion ; la seconde lui paraît plus probable.

Mais c'est à Moos qu'on doit toute entière l'anatomie pathologique du labyrinthe syphilitique : il vit le périoste labyrinthique, celui de la lame spirale osseuse, infiltré de cellules rondes ou ovales, de même, la platine de l'étrier ; mais, d'autre part, le labyrinthe membraneux, les ampoules, les organes de Corti étaient de même envahis par l'hyperplasie cellulaire ; le tronc du nerf auditif était intact.

Nous croyons pouvoir conclure que dans la surdité labyrinthique, il peut se produire :

1° Congestion de l'organe avec ou sans congestion de la caisse.

2° Périostite et infiltration cellulaire hyperplasique.

3° Enfin, dans certains cas, comme ceux de Sexton, où il y a en même temps paralysie faciale, lésion probable du tronc du nerf auditif.

Description. — Quoiqu'il en soit, on voit se produire, soit dans le cours d'une otite moyenne, soit en même temps qu'un iritis ou une paralysie faciale, soit sans autre lésion, des vertiges plus ou moins marqués, des douleurs plus ou moins intenses, souvent des céphalées à exacerbations nocturnes, des douleurs osseuses, parfois même des vomissements.

Des bourdonnements intenses, des bruits subjectifs, des pertes de l'équilibre peuvent encore être observés.

En général, il se produit immédiatement à la suite, une surdité ordinairement complète, bilatérale qui présente les caractères suivants :

Bien que l'audition par le conduit soit diminuée notablement, elle subit moins de perte que l'audition par le labyrinthe, c'est-à-dire la perception osseuse. Pour Roosa, cette surdité serait surtout marquée pour les tons élevés. Un caractère cité souvent par les auteurs, et sur lequel presque tous ont insisté, c'est la perte rapide et persistante de la montre et du diapason au vertex ; parfois la lésion est unilatérale et alors l'audition sur les os est perdue en général sur le vertex, même au delà de la ligne médiane ; la perception ne se fait plus sur telle ou telle partie de la boîte crânienne et particulièrement aux bosses frontales, pariétales, aux régions mastoïdiennes.

L'audition de la voix haute est en général conservée.

Quant à la membrane du tympan, elle peut être saine, ou présenter toutes les lésions que nous avons décrites précédemment ; le plus souvent elle est infiltrée ; les trompes sont, en général, libres.

On peut, du reste, avoir des formes atténuées où tout se réduit à une diminution variable de la perception osseuse et où les symptômes éprouvés par le malade sont peu marqués.

Le diagnostic s'établira facilement ; l'existence de la syphilis et d'autres manifestations telles que les lésions des yeux, les troubles divers du nerf facial, ou bien l'existence d'une lésion de la trompe ou de l'oreille moyenne appelleront l'attention. L'examen à l'otoscope, l'examen de la trompe, ne devront pas être négligés. Il sera bon, pour se rendre compte du degré de la lésion nerveuse de combiner l'examen par le diapason à celui par la montre.

Pronostic. — Le pronostic est en général grave, la maladie aboutit après une marche rapide, à une surdité complète et

incurable ; le traitement local ne produit presque rien ; le traitement spécifique est trop souvent impuissant.

Dans certains cas, des troubles congestifs légers peuvent sans doute céder à la médication, mais c'est là plutôt l'exception, les lésions peuvent du reste parfois s'arrêter ; elles ne rétrocedent pas ; s'il y a, comme dans le cas de Moos, dégénérescence de l'appareil nerveux, on conçoit que celui-ci ne puisse se rétablir.

Ajoutons encore que l'état congestif du labyrinthe est fréquemment la manifestation du même état congestif des centres nerveux, d'une syphilis cérébrale imminente comme le dit M. Fournier, au même titre que l'iritis et les lésions oculaires, comme du reste nous avons pu l'observer nous mêmes.

Traitement. — Le traitement spécifique ne devra cependant jamais être négligé ; si l'on ne peut obtenir la guérison, on pourra toujours prévenir, s'il en est encore temps, la production des accidents cérébraux imminents, les lésions du labyrinthe étant, comme nous l'avons vu, en général l'indice d'une syphilis grave.

OBSERVATION XIV.

Syphilis du pharynx et du pavillon. — Surdité. — H..., fille de 22 ans, taches d'un rouge cuivré sur tout le corps ; gonflement des deux amygdales ; sur la gauche ulcération ; forte injection de la muqueuse pharyngienne ; gonflement des ganglions du cou derrière l'oreille gauche ; entre le pavillon et les os rhagades profondes à bords durs et lardacés fournissant un pus grisâtre ; surdité de date récente.

M. LASÉGUE, *Archives générales* 1858, p. 603.

OBSERVATION XV.

Pharyngite. — Otite moyenne ; surdité (ces accidents d'une époque mal déterminée). — H.. ; à diverses époques, chan-

eres de la verge simplement cautérisés. En juin 1849, alopecie; en décembre, nouveau chancre indolent à droite du filet; pilules bleues (1).

Le 14 janvier 1850, otite à la suite d'une inflammation de l'arrière bouche; le malade est sourd d'une oreille, ne peut dormir; gargarisme avec alun.

Traitement mercuriel interrompu, repris le 23 janvier. Le 22 février, amélioration; un peu de stomatite. Suspension, puis pendant 7 jours deutochlorure et sirop de Cuisinier; guérison complète.

LAGNEAU, père in LAGNEAU fils, (loc. cit., p. 511.)

OBSERVATION XVI.

L. G..., domestique, 22 ans, entre à la Pitié le 26 décembre 1853; a eu des papules et des pustules; quatre mois plus tard, surdité double, bourdonnements et vertiges constants, douleurs, céphalagies profondes. 2 pilules de protoiodure, 2 grammes d'iodure de potassium; guérison.

ZAMBACO (*Syphilis nerveuse* 1862.)

OBSERVATION XVII.

Syphilis secondaire de la trompe d'Eustache. — Jeune femme de 25 ans, me consulte en février 1853 pour une surdité datant d'un mois. Catéthérisme de la trompe. L'air ne passe pas, surtout à droite. Montre entendue au contact par les deux oreilles; pas de bourdonnements.

J'allais conclure à un catarrhe de la trompe, lorsque je m'aperçus que les ganglions cervicaux étaient engorgés, douloureux. Croûtes dans les cheveux.

La malade finit par avouer que huit jours avant d'être devenue sourde, elle avait eu des boutons.

(1) C'est probablement là le début de l'infection, le seul chancre syphilitique.

Pilules de protoiodure. Injections chlorurées dans la trompe d'Eustache. Après deux semaines, guérison. Après un mois, la malade entend une montre jusqu'à deux mètres environ.

TRIQUET (obs. 127, loc. cit.).

OBSERVATION XVIII.

Syphilis de la caisse avec lésions nerveuses. — Otorrhée. — M. B..., surdité datant de 5 ou 6 ans, otorrhée, ulcérations des tympans, myringite chronique avec perforation, rougeur violacée de l'arrière bouche, pas de gêne de la déglutition, montre non entendue sur les parois du crâne, s'entendant seulement à un centimètre de chaque oreille; trompes bouchées, rétablissement du calibre des trompes à l'aide du mandrin en caoutchouc, mais non de l'audition; cautérisations du tympan au nitrate d'argent, puis au sulfate d'alumine; guérison incomplète, gargarismes.

Etonné de cet insuccès, je demandai au malade s'il n'avait pas eu d'affections syphilitiques. Après insistance, il avoue avoir eu, il y a 8 ou 9 ans (1), une écorchure à la base du gland. Je le traitai par les pilules de sublimé; il en arriva, après un mois, à entendre le tic-tac de la montre jusqu'à un centimètre et demi environ. On continue cependant le traitement local. Après deux mois, montre entendue jusqu'à cinq centimètres. L'otorrhée finit par s'arrêter et les tympans reprirent leurs caractères normaux.

Après 3 mois et demi, guérison incomplète, mais suffisante pour que M. B... put reprendre ses affaires.

BONNAFONT (obs. 18, loc. cit.).

OBSERVATION XIX.

Syphilis de la caisse et du pharynx. — Lésions nerveuses. — M. S..., 35 ans, ingénieur en chef à Stockholm, surdité re-

(1) Remarque. 2 ou 3 ans avant le début de la surdité.

belle depuis trois ans. Bourdonnements, céphalalgies, étourdissements fréquents. Traitements divers prolongés et infructueux à Stockolm et à Paris. (Catéthérismes, injections, révulsifs). Montre entendue de chaque côté à deux centimètres ; sur les os perçue en certains points : à la base de l'apophyse zygomatique, sur les bosses pariétales, mais non aux régions coronales ou mastoïdiennes. Sa persistance sur quelques points indique qu'on pouvait espérer quelque chose du nerf auditif. Les deux conduits et les membranes sont sains, si ce n'est à leur partie inférieure des opacités semblables à celles signalées par Wylde dans la myringite syphilitique ; rougeur de la gorge et du pharynx, empâtement de la muqueuse de l'arrière bouche, catéthérisme avec le mandrin, etc ; on rend libre la trompe. Finit par avouer un écoulement, mais pas d'éruptions et refuse le traitement spécifique.

Il finit cependant par s'y soumettre ; de rapides résultats montrèrent bien la nature syphilitique du mal. Le malade fut obligé de quitter Paris, promettant de continuer son traitement pendant deux mois encore.

BONNAFONT (obs. 19, loc. cit).

OBSERVATION XX.

Mêmes lésions. — M. X..., ancien militaire, surdité avec symptômes identiques à ceux du malade précédent, avoue avoir eu la syphilis au service ; maux de gorge, puis surdité légère qui se dissipa, mais récidiva quelques mois après sa libération ; n'entendait plus la parole qu'à très haute voix.

Conduits sains. Tympan un peu opaques. Muqueuse du pharynx rosée et sèche. Recherche de Toynbee ne dénote le passage que d'un mince filet d'air. La montre ne s'entend nulle part sur les os. Le diapason est entendu sur les parois et même à quelque distance de l'oreille. Même traitement que précédemment.

Le résultat obtenu rapidement dépassa toutes les espérances. Un mois après, guérison notable ; complète et persistante après deux mois et demi.

BONNAFONT (obs. 20, loc. cit.).

OBSERVATION XXI.

Syphilis secondaire de la trompe. — H. L. Esq. me consulte le 25 juin 1853. Mal de gorge consécutif à une syphilis secondaire. Depuis 2 mois, surdité double ne laissant entendre que la voix forte. Bourdonnements constants mais variables, surtout quand la tête repose sur l'oreiller. Un jour, après un gargarisme, amélioration à droite pendant 12 heures.

Distance de l'audition des deux côtés, 0^m012. Tympan imperméables. Cautérisations au nitrate d'argent sur le pharynx, vin ferré ; guérison le matin, pendant deux jours ; récurrence ; après un mois, guérison (1).

TOYNBEE (loc. cit. p. 219 de la traduction française).

OBSERVATION XXII.

Otite moyenne sèche. — Chancre balano-préputial le 21 avril 1873, disparu le 16 mai ; à cette époque, hémicranie nocturne, érythème du derme, adénopathie inguinale et cervicale ; un peu d'injection du pharynx ; le 5 juin, tout est disparu, mais il est survenu des douleurs de l'oreille gauche à exacerbation nocturne, depuis quelques jours. Le tympan est enfoncé, opaque, infiltré, pas injecté. Traitement spécifique ; atropine dans le conduit, guérison en quelques jours.

F. R. STURGIS (Boston, *Medical and surgical record*, 3 juin 1880).

OBSERVATION XXIII.

Syphilis du pharynx communiquée à l'oreille moyenne. — Trois accidents primitifs en mai 1873. En juin, érythème, hé-

(1) Pas de détails sur le traitement spécifique.

micranie, douleurs rhumatoïdes, croûtes dans les cheveux. En août, pharyngite à gauche, troubles de l'oreille du même côté ; bourdonnements, pas de douleurs, mêmes symptômes que ci-dessus (otite par propagation). Traitement spécifique, guérison rapide.

F. R. STURGIS, loc. cit.

OBSERVATION XXIV.

Iritis. — Lésion du pharynx. — Lésion de l'ouïe récidivant après une otorrhée non syphilitique. — Accident primitif en mai 1872. Accidents secondaires, iritis gauche. Un an après, altération du pilier antérieur droit. Plaques muqueuses buccopharyngées. Otalgie droite. Le malade accuse une otorrhée ancienne, mais l'infiltration du tympan permet de rapporter à la diathèse ce qui lui revient. Guérison rapide.

F. R. STURGIS, loc. cit.

OBSERVATION XXV.

Otorrhée purulente. — Dans le cours d'une syphilis secondaire, surdité. L'examen du tympan montre cette membrane épaissie, perforée dans sa partie inférieure ; le marteau, à peine reconnaissable, adhère par de fausses membranes à la paroi de la caisse. Promontoire déformé, oreille moyenne pleine de pus, muqueuse épaissie et infiltrée, non ulcérée.

BETZ (*Volständige Taubheit nach Syphilis, memor. VIII ; in Lancereaux 1863*).

OBSERVATION XXVI.

Amygdalite hypertrophique. — Bourdonnements. — Otorrhée ancienne. — D. P..., domestique, entre à St-Louis ; a eu dans sa jeunesse des amygdalites fréquentes, des ophtalmies chroniques, de l'otorrhée.

Syphilitique depuis deux mois.

25 avril 1882, syphilides, adénites. Il y a un mois, la

malade n'entendait plus et avait des bourdonnements terribles qui ont disparu. Le 12 mai, encore une surdité légère.

P. HAMONIC (*Revue Syph. et Dermat.* 1882).

OBSERVATION XXVII.

Surdité. — Hémiplegie faciale. — Fontaine, 25 ans. Chancre il y a un an, puis syphilides diverses ; guérison par le traitement mixte.

Entre au service de Ricord pour une surdité avec étourdissements fréquents, le 13 août 1842; hémiplegie faciale gauche. Surdité, anosmie; frictions, sangsues derrière les oreilles; guérison.

DIDAY (*Gazette médicale de Paris* 1842, p. 834).

OBSERVATION XXVIII.

Surdité subite. — Paralysie faciale. — Homme de 45 ans : céphalées, vertiges intenses, après 6 mois d'infection, hémiplegie gauche avec paralysie faciale, surdité devenue totale en quelques mois. Guérison de la paralysie par la faradisation; persistance des vertiges. Au bout d'un an, légers bourdonnements, puis surdité subite et totale de l'oreille droite. Troubles intellectuels. Diapason perçu par les os du crâne. Membrane du tympan à droite un peu opaline et retractorée; pas d'amélioration par le catéthérisme. Des cicatrices multiples permettent trop tard de poser le diagnostic.

SEXTON (*V. Revue des sciences médicales* 1882).

OBSERVATION XXIX.

Syphilis constitutionnelle. — Paralysie faciale double. — Surdité subite. — Homme de 40 ans : Chancre il y a 18 mois, traitement général; 3 mois après refroidissement; paralysie faciale droite. Après trois autres mois, surdité brusque bi-latérale et paralysie faciale gauche. Pendant 7 mois, céphalée continue et intense. — Frictions mercuriel-

les. Bruits terribles dans les oreilles. — Tympan grisâtres. Pharyngite. — Diapason perçu par les os. Pas d'amélioration.

SEXTON (loc. cit.)

OBSERVATION XXX.

Syphilis constitutionnelle. — Surdité brusque. — Homme de 31 ans, paracousie intense. Traitement insuffisant. Surdité complète et brusque, avec céphalée intense et vertiges. Le malade n'entend pas la parole même à haute : voix comme le deux précédents, il entend sa propre voix et le diapason sur le sommet de la tête, bruits intenses variables de caractère et d'intensité. Le 22 mars 1880, entre à l'hôpital ; frictions, iodure de potassium. Le 13 mai, entend la voix haute jusqu'à près de six pieds. Plus de vertiges ni de bourdonnements.

SEXTON (loc. cit.).

OBSERVATION XXXI.

Paralysie faciale. — Troubles de l'ou ie. — G..., marchand, 26 ans, bien constitué, fin décembre 1870, chancre induré ; en février roséole, angine simple, adénopathies inguinale et épitrochléenne ; frictions. Le 7^e jour céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreille, surdité. Guérison par le traitement mixte.

(A. Ljungreen arch. für Dermatologie 1871, et in *Hirnsyphilis* de BRAUSE.)

OBSERVATION XXXII.

(Analogue.)

X..., 39 ans. Il y a un an, chancre de la petite lèvre avec bubon inguinal. Un mois après, plaques muqueuses génitales; Roséole, angine. — Traitement par le sublimé ; quatre mois après douleurs musculaires et osseuses variées ; vertiges, vomissements ; hémicrânie gauche, bourdonnements d'oreilles, douleurs vives.

Cachexie, mort après des troubles cérébraux.

Autopsie. — Exsudats dans les meninges, substance blanche ramollie, ecchymosée. (L'auteur ne donne pas de détail sur l'état du labyrinthe.)

STEENBERG in Brause.

OBSERVATION XXXIII.

Syphilis constitutionnelle. — *Maladie de Menière.* — *Irido-choroïdite séreuse.* — M. S. D., 42 ans, début de la syphilis inconnu. En mai 1870, céphalagie, nausées, vertiges. La malade voit les objets vaciller. En juillet, angine; en août, éruption de papules rouges généralisées.

Le 23 décembre survient tout-à-coup une céphalagie violente avec vertiges, nausées, bourdonnements, cophose rapide. La station debout est impossible.

Dans le décubitus latéral, le lit, les meubles semblent tourner autour de la chambre; dans le décubitus dorsal, l'apparement semble se déplacer de haut en bas et de bas en haut; à chaque tentative de se lever, chute en avant ou sur le côté. En une semaine, l'ouïe était devenue si dure, que la malade ne pouvait entendre la parole même prononcée à très-haute voix.

Le 12 janvier 1871, exacerbation des symptômes précédents; en même temps, photopsies, chromopsies déterminant la malade à entrer, le 18 janvier, à l'institut ophtalmologique de New-York.

A l'ophtalmoscope, irido-choroïdite avec exsudation albumineuse. Knapp se croit autorisé à identifier les lésions de l'oreille à celle de l'œil (hyperhémie, hydropisie du labyrinthe). Un traitement mixte guérit les lésions de la vue, puis celle de l'ouïe pour le 22 avril.

KNAPP and MOOS (*Arch. of ophthalmology and otology*, t. 11, n° 1).

OBSERVATION XXXIV.

Syphilis du labyrinthe à la suite de lésions secondaires. —

Un domestique âgé de 37 ans, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, avait été atteint en 1867 de syphilis qui fut traitée par le mercure. A la suite de ces lésions, il éprouve en mai 1874 des bruits dans les oreilles avec vertiges et céphalalgies. Audition presque normale.

Traitement ioduré irrégulier. Peu d'amélioration. Périostite du tibia. Douleurs diverses. Bruits violents. Entre à l'hôpital civil de Francfort ; dès le 6, fièvre. Mort le 15.

Autopsie. — Oedème des poumons, hyperhémie du cerveau et des méninges, rate volumineuse, sang rutilant.. *Rocher droit* sclérosé, ankylose de l'étrier. Oreille externe et moyenne saines.

Labyrinthe. — Périoste vestibulaire épaissi. Platine de l'étrier un peu tuméfiée, immobilisée, hyperplasie cellulaire ; entre les parois osseuse et membraneuse du vestibule infiltration par de petites cellules rondes et ovales ; le périoste de la lame spirale osseuse est moins envahi que la région des dents et des arcs de Corti. Aux ampoules et aux sacs membraneux et dans le tissu cellulaire qui les unit à l'enveloppe osseuse, l'infiltration est plus forte qu'aux canaux demi-circulaires.

Le tronc du nerf acoustique est intact.

Moos (*Virchows Archiv.*, t. LXIX, fasc. 2 et *Annales des Maladies des oreilles et du larynx*, t. V, 1879, n° 1.

OBSERVATION XXXV.

(Personnelle).

Amygdalite hypertrophique avec syphilides. — *Troubles de l'ouïe précoces.* — Le nommé H... Jules, 21 ans, boulanger, entre le 9 avril 1883 à l'hôpital St-Charles, service de M. le professeur Victor Parisot, pour des maux de gorge intenses.

Chancres du fourreau à la partie latérale gauche, à environ

0^m02 du pubis et dont il ne s'est aperçu qu'environ deux mois après le dernier coït.

Depuis le vendredi 5 avril, roséole érythémateuse du thorax et des flancs, surtout du flanc gauche.

Depuis le 6, maux de gorge. Amygdales gonflées.

Pas d'affection de l'ouïe antérieure.

Etat actuel. — Chancre bien apparent de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, recouvert d'une croûte, adénopathie bi-inguinale. Roséole en voie de résolution. Apyrexie.

Amygdales. — Très gonflées, surtout la droite, qui touche la luette ; le pilier droit antérieur, ainsi que le postérieur, sont très tuméfiés ; le gonflement s'étendant de ce côté jusqu'au fond du pharynx.

Depuis le 6, bourdonnements, sensations que le malade compare à des bruits de voiture. Peu de douleurs.

Oreilles. — Montre à droite, jusque 0^m30 ; à gauche, jusqu'à plus de 2 mètres.

Perception osseuse normale.

Tympan droit normal, peu concave, il présente en haut et en arrière une opacité d'apparence fibrillaire ; le manche du marteau est un peu rosé, injecté, ce qui le fait paraître un peu plus long que celui du côté opposé. Reflet lumineux normal.

Tympan gauche sain, transparent.

Recherche de Valsalva infructueuse à droite, réussit à gauche (l'otoscope restant placé).

Traitement. — Gargarisme au chlorate de potasse, 2 cuillerées de liqueur de Van Swieten.

17 avril. — Moins de gonflement, plaques opalines sur les amygdales. Plus de troubles de l'ouïe ; plus de maux de gorge. Tympan droit normal, sauf l'opacité persistante.

Le malade sort le 20 avril.

OBSERVATION XXXVI.

(Personnelle).

Syphilis du pharynx et de la trompe. — Le nommé J. D., 41 ans, cordonnier, entre le 13 octobre 1882 à la Maison de Secours, salle Saint-Hubert, service de M. Spillmann. Pas d'otopathies antérieures. Pas de rapport depuis 8 ans, sauf il y a 3 mois. N'a pas vu l'accident primitif.

Six semaines après, croûtes du cuir chevelu, maux de gorge.

État actuel. — Syphilides papuleuses de l'anús, des bourses, papulo-squammeuses de l'abdomen, ulcéreuses des commissures labiales. Psoriasis palmaire et plantaire. Rougeur du pharynx, douleurs vives.

A partir de son entrée, le malade se plaint d'un affaiblissement progressif de l'ouïe du côté droit qui met 20 jours à s'établir. Ni otorrhée, ni douleur. 8 frictions de 4 à 12 gr.

Le 27 décembre, syphilides guéries, sauf le psoriasis; encore un peu de surdité qui occupe cette fois l'oreille gauche.

Montre : à droite, jusqu'à 2 mètres; à gauche, jusqu'à 0^m40.

Partout sur les parois, sauf au vertex.

Tympan gauche à peu près normal.

A droite, il est un peu terne, le manche du marteau un peu rouge.

L'auscultation de l'oreille, pendant une vive expiration, fait entendre des deux côtés un bruit indiquant le passage de la colonne d'air.

Le malade sort guéri le 30 décembre.

Il rentre au service le 31 mars 1883 pour une syphilide opaline de la lèvre inférieure, ne conservant pas de troubles de l'ouïe.

OBSERVATION XXXVII.

(Personnelle).

Syphilis du pharynx et de la trompe. — *Troubles nerveux.*
— La nommée Marie C.... entre une première fois à la Maison

de Secours le 30 août 1831. Elle aurait eu, il y a six mois, un bouton aux parties génitales, des ulcérations aux membres inférieurs et fut traitée comme syphilitique à l'hôpital Saint-Léon.

A son entrée on constata une ulcération au tiers inférieur de la jambe droite, une autre à la malléole interne gauche. Sur le ventre, papules.

1 pilule de protoïodure. A l'extérieur, emplâtre de Vigo, teinture d'iode. A partir du 13 octobre, sirop de Gibert. Sortie le 17 novembre.

Elle rentre au service le 11 janvier 1883, présentant une adénopathie biinguinale, des papules à la fesse droite, des ulcérations à la fourchette, des syphilides papulo-érosives à la petite lèvre droite.

Dans l'arrière-bouche, syphilide papulo-érythémateuse du voile, surtout à droite. De ce côté, adénopathie sous-maxillaire énorme.

Vers le 20 janvier, la malade se plaint de douleurs vives des deux conduits, surtout à droite, de quelques vertiges, de bourdonnements, elle n'entend presque plus de l'oreille droite, peu de la gauche.

2 février. Montre : à droite, 0^m05 du méat ; à gauche, 0^m30 environ.

Non perçue au vertex, aux bosses pariétales, à l'occiput, peu au front ; assez bien aux régions temporales et mastoïdiennes.

La douche d'air Politzer ne pénètre pas dans la caisse du côté droit, mais elle passe du côté gauche. A l'otoscope, à droite, membrane très concave, reflet peu intense, tympan terne dans toute son étendue, un peu rouge en haut ; manche du marteau rouge sombre ; conduit auditif un peu rouge et douloureux.

A gauche, tympan normal. 1 pilule de protoïodure, 1 gramme d'iode de potassium. Gargarismes au chlorate de potasse.

Le 20 février, amélioration.

Montre perçue de chaque côté, jusqu'à environ 40 centimètres, partout sur le crâne, sauf au vertex.

Le 2 mars, amélioration. L'audition est normale à gauche; à droite assez bonne, la perception osseuse est revenue.

Le tympan droit est opaque, la trompe perméable, le manche du marteau n'est plus injecté; le gauche est normal.

Le 10 mars, la malade est guérie de ses lésions de l'oreille. Elle reste au service pour sa syphilis gutturale.

OBSERVATION XXXVIII.

(personnelle)

Iritis. — Otite moyenne. — Myringite avec perforation. — Troubles nerveux. — Le nommé T..., Jules, 50 ans, d'une constitution lymphatique, sellier, entre le 13 juillet 1882, à la Maison de Secours, service de M. le professeur agrégé Spillmann, salle St-Hubert, n°15.

Phimosis léger, permettant d'apercevoir dans le sillon balanopréputial, un chancre papuleux, vernissé, suppurant peu, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; il ne peut donner la date du coït infectant. Les ganglions lymphatiques des deux aines sont engorgés, durs.

2 pilules de sublimé; à l'extérieur iodoforme, injection d'hypermanganate entre le prépuce et le gland.

Le 28 juillet, accidents gastriques, diarrhée toxique; on interrompt le traitement, puis on donne du protoïodure et deux grammes d'iode de potassium. Le malade quitte le service le 28 août.

Il y rentre le 13 septembre (ne s'est pas traité dans l'intervalle), avec huit ou dix syphilides ulcéreuses, lenticulaires, peu creusées, ne suppurant pas sur le gland, avec

une syphilide ulcéreuse, de l'étendue d'une pièce de vingt centimes, à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, des syphilides ulcéreuses du scrotum grosses comme des têtes d'épingle, des syphilides anales papulo-hypertrophiques.

Depuis quatre jours, la voix est enrouée, la muqueuse buccale est saine ; petite papule à la partie gauche du voile.

Iodoforme, liqueur de Labarraque et oxyde de zinc, 1 pilule de protoïodure à l'intérieur.

Le 9 novembre, les accidents cutanés disparaissent, mais dès le 4, s'est développé un iritis qui céda rapidement à l'atropine et aux fomentations.

Jamais de troubles auriculaires antérieurs.

Tout semblait donc terminé, lorsque, dès le 20 janvier 1883, apparurent de vives douleurs de tête, qui, parties de la région frontale gauche, s'irradiaient à la tempe, à la région auriculo-mastoïdienne et au fond du conduit du même côté ; en même temps se produisaient des bourdonnements, des sifflements, parfois des vertiges et une surdité d'abord gauche, puis bilatérale avec maximum à gauche.

Le 23 février, nous examinons le malade pour la première fois ; il n'entend la parole que prononcée à voix très haute.

Montre : des deux côtés au contact ; nulle part sur les os.

A l'otoscope, nous constatons que les conduits sont sains ; au fond à droite, la membrane du tympan bien visible ; le manche du marteau est rouge vif, sauf vers l'ombilic du tympan ; il est très injecté, élargi par les arborisations vasculaires qui l'entourent et se continuent avec une teinte également rouge vif, qui occupe la voûte du tympan et la partie voisine du fond du conduit. Pendant une forte expiration, le nez et la bouche étant fermés, on voit dans l'otoscope, le manche exécuter des mouvements en avant et en arrière ; donc la trompe est libre. Tympan terne, blanc, laiteux.

Le 2 mars, céphalalgie très violente occupant les régions frontale et temporale des deux côtés. Même état de la perception. Le tympan droit est plus opaque, il tranche dans sa partie supérieure par son épaisseur sur la région inférieure saine qui semble amincie; le manche est moins rouge. Tympan gauche couvert d'exsudats; détails presque imperceptibles.

Le 12 mars, montre non-perçue sur les os; le diapason ne s'entend pas au vertex, mais partout ailleurs, bien que faiblement. Au contact, la montre s'entend et jusqu'à 0^m06 à droite, 0^m10 à gauche; toujours même état des deux tympans; douleurs de tête très violentes.

Le 21 mars, l'amélioration qui semblait s'être établie a disparu. Le diapason s'entend bien à droite jusqu'à 0^m15, à gauche jusqu'à 0^m25 du conduit, mais sur les os il ne s'entend plus à gauche sur la région mastoïdienne et s'entend faiblement à droite. Il n'est pas perçu au vertex; la montre ne s'entend nulle part, si ce n'est au contact des deux méats et encore très-faiblement.

Depuis quelques jours le malade se plaint de sentir en se mouchant des sifflements intenses dans les deux oreilles, surtout à droite.

L'otoscope nous fait voir à droite le tiers inférieur et postérieur de la membrane complètement détruit, perforé; la perte de substance forme un triangle dont le sommet répond à l'ombilic; ce qui reste du tympan est terne, blanc-grisâtre. Le tympan gauche présente en haut et en avant une légère perforation circonférentielle, la membrane est opaque, le manche du marteau est devenu rouge vif comme auparavant à droite; la tache lumineuse a disparu complètement.

Depuis quelques jours, le malade se plaint de céphalalgies extrêmement douloureuses, surtout frontale et sus-orbitaire;

il éprouve des bourdonnements intenses, des vertiges, des nausées ; il dit ne pouvoir se tenir debout sans chanceler, osciller ; surdité presque absolue.

L'iodure de potassium donné à la dose de 2 grammes amène quelque amélioration des troubles nerveux, non de l'ouïe ; le malade veut sortir le 2 avril ; nous ne l'avons pas revu depuis.

Réflexions. — En résumé, ici bien que les symptômes de la caisse aient été fort intenses, ils ne peuvent expliquer les troubles nerveux violents constatés, et la perte très sensible de l'ouïe ; le rôle principal a donc été ici rempli par une congestion labyrinthique, à peu près analogue à l'iritis, comme dans le fait de Knapp, bien que les vertiges, du reste très marqués, n'aient pas présenté le même degré que dans le cas observé par cet auteur. Lorsque le malade quitta le service, il restait en possession d'une syphilis de forme grave et probablement sous le coup de troubles cérébraux imminents.

CHAPITRE III.

Lésions de la période tertiaire.

A) LÉSIONS DE L'OREILLE EXTERNE.

Les gommes du pavillon et du conduit ne présentent que peu d'importance, elles ont été étudiées par M. Fournier (leçons de Lourcine, 1876) et par M. Després.

1° *Pavillon.* — Lorsqu'une syphilide tertiaire se développe dans le tissu peu extensible du pavillon, elle amène par son accroissement des déformations souvent étonnantes. Le pavillon devient turgide, résistant, puis s'épaissit, se gonfle énormément, ses ondulations se déroulent, il s'aplatit ou se

contourne d'une manière bizarre : chez deux malades atteints de gommes confluentes du pavillon, M. Fournier a vu une fois une hypermégalie, un état gigantesque du pavillon, sans déformation ; sur l'autre un aplatissement de cet organe qui s'était déroulé et était devenu semblable à une saucisse ; ces gommes sont peu fréquentes. Elles peuvent coexister avec des lésions analogues des os voisins, comme dans le fait de Polak (voir l'observation). Leur ulcération peut amener des crénelures irrégulières, plus ou moins profondes ; leur cicatrisation des déformations très marquées.

2° *Conduit*. — Décrites par Després ; généralement très petites, elles se présentent sous la forme d'un abcès froid. Leur description ne diffère pas d'ailleurs de celle des petites gommes du cuir chevelu. Elles peuvent amener, comme complication, la périostite et même la nécrose des parties osseuses voisines.

Les gommes de ces deux sièges ne produisent, du reste, sauf complications, que peu de lésions de l'appareil auditif.

3° *Exostoses du conduit*. — L'existence d'exostoses du conduit semblerait devoir être fréquente, vu, d'une part, la tendance générale de la syphilis à provoquer des hypertrophies osseuses ; vu, d'autre part, la fréquence de petites tumeurs osseuses qu'on peut observer dans cette région ; cependant il n'en est rien ; dans un grand nombre d'observations d'exostoses du conduit que nous avons pu dépouiller, nous avons partout rencontré, comme causes invoquées, les diathèses arthritique ou goutteuse (Toynbee) ; un trouble de développement de l'os ou l'absence absolue de toute autre cause (Duplay) (1).

(1) Duplay, *Pathologie externe*, t. IV, p. 64.

Ce dernier auteur dit même formellement que rien n'autorise à les rattacher à la syphilis. On n'en trouve, du reste, aucune observation dans Toynbee ni dans Kramer.

Cependant Triquet, sans les croire fréquentes, admet leur possibilité. Il en est de même de Schwarze et de Troellsche (Troellsche, *Maladies des oreilles*). D'après ce dernier, Schwarze aurait vu des exostoses syphilitiques surtout au niveau de la partie antérieure du conduit. Bonnafont (1) en publie un cas, du reste peu concluant.

OSERVATION XXXIX.

M. de F..., surdité droite datant de quelques années, sans douleur, sans écoulement. Montre perçue par les parois, non par l'oreille.

A la réunion des deux tiers externes et du tiers interne du conduit, cloison lisse, blanchâtre, convexe, et enveloppe cutanée mince, lisse, très résistante au stylet. La percussion détermine un bruit de grosse caisse dans l'oreille.

Le malade nie la syphilis et avoue une gonorrhée 5 à 6 ans auparavant ; mais un traitement mercuriel (frictions aux régions mastoïdes et parotidiennes) amena une amélioration qui permit de constater l'implantation de la tumeur à la partie supérieure et interne du conduit et de l'exciser.

Les exostoses du conduit semblent donc, sinon impossibles, du moins extrêmement rares, dans le cours de la syphilis.

B) LÉSIONS DE LA CAISSE ET DE LA TROMPE.

Les lésions les plus nombreuses, les plus anciennement étudiées et les plus variées, se présentent sous des formes multiples.

(1) Bonnafont, *Maladies des oreilles*, édition de 1873.

Tantôt une surdité ou simplement une cophose légère s'établit à la faveur d'une gomme du voile du palais et d'un gonflement rétro-pharyngé ou d'une syphilose pharyngo-nasale plus ou moins intense ; tantôt il se produit des tumeurs, exostoses ou gommes mastoïdiennes, pétreuses ou même intracrâniennes capables d'amener des destructions profondes de l'oreille moyenne, même du rocher, en grande partie. Dans ces cas le labyrinthe et même le nerf auditif se trouvent atteints, et l'on rentre alors dans l'étude des cas de syphilis cérébrale ou nerveuse.

§ 1. — Lésions pharyngo-nasales.

Même parmi ce premier genre de lésions, il faut établir plusieurs distinctions.

Dans les gommes superficielles ou muqueuses, la lésion peut, comme dans les syphilides secondaires, amener un gonflement qui, se prolongeant en arrière des piliers, va atteindre la région tubaire et détermine une obstruction de la trompe. Celle-ci peut être enveloppée d'un gonflement qui l'obstrue en tout ou en partie, d'une sorte de bourrelet œdémateux.

Lorsque la gomme s'ulcère, l'ulcération peut détruire l'orifice de la trompe, qui peut alors être représenté par un ulcère à fond sanieux grisâtre recouvert de croûtes brunes-noirâtres fétides ; au-dessous du pus sanguinolent (Machon). Lorsqu'il n'y a pas de complications osseuses, la lésion peut guérir sans laisser de traces, mais souvent la cicatrisation suit une autre marche ; il se forme au niveau de l'orifice tubaire des brides cicatricielles, qui en déterminent la sténose ou l'obstruction. Ce fait a été observé par tant d'auteurs, qu'il est inutile d'insister là-dessus. La sténose de la trompe serait même due le plus souvent, d'après M. Duplay, à la réparation des ulcères

syphilitiques, et Lindenbaum (1) observa, à l'aide du rhinoscope, chez une femme âgée de 42 ans, sourde depuis longtemps, une cicatrice gommeuse blanche, dure, étoilée, fermant complètement l'orifice tubaire. Quant au genre de lésions qui se produisent dans ce cas, elles sont à peu près toujours progressives. L'obstruction mécanique détermine des bourdonnements en empêchant l'air d'arriver à la caisse, et par là en modifiant la pression labyrinthique ; peu à peu s'établit une surdité croissante qui ne s'accompagne, en l'absence d'autres complications, ni de lésions de la caisse, ni du labyrinthe ; la surdité ne devient, du reste, jamais bien complète et cède en général facilement au traitement spécifique ; cependant lorsque l'orifice de la trompe est ulcéré ou détruit, il reste en général de la surdité plus ou moins complète et contre laquelle le traitement est impuissant. La lésion est le plus souvent unilatérale correspondant au côté où la lésion pharyngée est le plus développée.

Dans les cas plus graves, au contraire, et surtout lorsqu'on a affaire à des gommes profondes, sous-muqueuses, périostiques ; la scène change ; outre les troubles que nous venons de décrire sommairement, le périoste des parois voisines peut s'enflammer ; souvent des lésions nasales, de l'ozène coexistent et on voit se développer des ostéites naso-crâniennes, comme les appelle M. Fournier, des nécroses des palatins, du vomer et même, ce qui est encore plus grave, du rocher ; le conduit osseux de la trompe, la caisse, le labyrinthe peuvent être détruits et on comprend facilement la gravité pronostique de pareils troubles au point de vue de l'ouïe, même au point de vue général ; troubles dont le cas classique du voilier de Delpech, chez qui le rocher, l'ethmoïde, même une partie de

(1) *Archiv für Ohrenheilkund*, t. II, p. 103. Lindenbaum.

l'occipital furent détruits par un phagédénisme au-dessus des ressources de l'art, nous offre l'exemple le plus frappant.

Si dans les cas bénins les lésions nerveuses ne se rencontrent pas, ici elles sont la règle, les bourdonnements, les vertiges, la surdité intense s'observent le plus souvent ; de plus, comme du reste les lésions non spécifiques du rocher, elles peuvent atteindre par propagation les sinus, les méninges et même l'encéphale et amener des accidents très graves comme nous le verrons plus loin. Il est inutile d'insister sur la description de ces troubles, caractérisés par une surdité progressive, peu intense dans les cas légers, absolue ou presque absolue lorsque le rocher étant détruit en tout ou en partie, le nerf et le labyrinthe n'existent plus. La caisse ne présente de lésions que dans ce dernier cas ; dans les obstructions simples de la trompe, c'est tout au plus si on trouvera le tympan rétracté, plus concave qu'à l'état normal. L'indication du traitement spécifique est aussi formelle ici et aussi motivée par l'imminence de dangers terribles que dans tous les cas de syphilis cérébrale.

§ 2. — Lésions des os développées primitivement.

Il n'est pas aussi fréquent de voir des manifestations osseuses atteindre primitivement les os du crâne, du moins à l'extérieur de la boîte osseuse que de les voir succéder à une syphilose pharyngo-nasale ; cependant, dans un certain nombre de cas, on a vu se développer aux dépens de l'apophyse mastoïde, des pariétaux, des exostoses ou des gommes, qui peuvent avoir plus ou moins de retentissement sur la fonction auditive, et atteindre les organes pour les détruire dans une étendue plus ou moins considérable ; ces faits peuvent amener l'otorrhée, la destruction de la caisse et comme complications tous les accidents graves dont nous avons déjà parlé pour les

lésions pharyngées. Enfin, et nombre d'autopsies l'ont prouvé, les gommes se développent volontiers dans l'intérieur du crâne. Elles semblent même avoir une sorte de prédilection pour la partie antérieure du rocher, la région du fond du conduit auditif interne et y amènent des lésions nerveuses très graves ; mais nous ne les considérons ici que comme facteurs de la carie syphilitique du rocher.

§ 3. — Carie syphilitique du temporal consécutive aux lésions précédentes.

Pour toutes ces causes, la carie atteint souvent l'os temporal et notamment le rocher dans le cours de la syphilis tertiaire ; d'après Lagneau, la carie mastoïdienne, surtout lorsqu'elle se montre chez un adulte, doit aussitôt éveiller l'attention de l'observateur sur l'intervention probable de la syphilis. Cette lésion se développe en général peu à peu ; mais, ce qui la caractérise, c'est une tendance incessante à s'étendre de plus en plus. A la suite de gommes de voisinage ou d'autres lésions telles que l'ostéite naso-pharyngienne se développe une véritable ostéite ulcéralive, amenant la suppuration.

L'explication est facile dans le cas de carie mastoïdienne, vu les communications des cellules mastoïdiennes avec la caisse ; aussi voit-on se développer habituellement dans ces cas une otite moyenne suppurée avec destruction du tympan, des osselets, otorrhée purulente et perte de l'ouïe comme chez les malades d'Itard et de Pollak.

D'autre part, des caries étendues de l'os temporal peuvent résulter des gommes de la face antérieure du rocher, des lésions pharyngées ; les malades de Rayet, de Delpech en fournissent des exemples graves ; parfois les pariétaux eux-mêmes sont atteints.

Quoi qu'il en soit, la carie se produit suivant deux modes ;

dans l'un, elle évolue sans amener de troubles de l'appareil de l'audition ; il faut dire que cette forme est très rare (voir les deux observations de M. Fournier, rapportées par A. Robin (1) et dans lesquelles aucun trouble de l'ouïe ne fut constaté pendant la vie), et nous n'avons pas à nous en occuper ici, vu l'absence de troubles auditifs ; dans d'autres cas, elle se produit à la suite de lésions de l'oreille interne ou moyenne.

Dans ces cas, la caisse est généralement atteinte ; ses parois sont détruites par l'ostéite suppurative, il s'établit une otorrhée entraînant souvent avec elle les osselets, le promontoire et souvent des séquestres plus ou moins étendus comme chez le malade observé par Itard.

Dans de pareilles conditions, il n'est pas besoin d'une longue description pour faire comprendre quels sont les symptômes objectifs d'une carie du rocher avec carie de la caisse. L'audition est anéantie d'un seul côté en général ; en effet, les lésions mastoïdiennes, pharyngo-nasales ou intracrâniennes sont le plus souvent unilatérales ou tout au moins dominant d'un seul côté ; dans quelques cas la surdité est bilatérale, mais en général plus développée d'un côté, comme chez les malades de Delpech et de Deleau.

Faisant abstraction pour le moment des symptômes nerveux ou encéphaliques, nous aurons donc comme caractères : une surdité complète pour le son propagé à travers l'air, une otorrhée purulente abondante, l'élimination de séquestres.

Lorsque la lésion provient de la région pharyngo-nasale, la trompe est en général obstruée plus ou moins complètement. Parfois, si les mucosités qui occupent son calibre sont déplacées ou expectorées, la surdité varie d'un moment à l'autre de la journée (fait d'Itard).

(1) A. Robin. — *Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif*, 1881.

Signalons enfin l'hyperostose fréquente des os voisins qui peut être isolée ou accompagner la carie du rocher. Ce symptôme a été observé par Menière (1) dans divers cas. Zuckerkande (2) a trouvé dans deux cas des ostéophytes considérables des deux rochers. Mais en somme, ces lésions, déjà signalées par Astruc, sont plus rares dans le cours de la syphilis tertiaire que les lésions destructives. La carie du rocher, sauf son origine, ressemble du reste de point en point, lorsqu'elle est due à la syphilis, à la carie due à d'autres causes. Nous n'en entreprendrons donc pas la description ici.

Les lésions gommeuses du pavillon, du conduit, de la trompe d'Eustache, du rocher, de l'apophyse mastoïde, peuvent donc amener des exfoliations, des caries du temporal, avec lésions auditives. De même les périostites des mêmes régions. Il convient d'ajouter que chronologiquement les lésions peuvent s'observer depuis la deuxième ou la troisième année d'infection jusqu'à l'époque la plus avancée de la syphilis.

C) LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Pathogénie. — Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici combien sont fréquents les troubles nerveux dans les affections auriculaires précédemment étudiées et ceci n'a pas lieu de surprendre; comme le dit M. Duplay, en effet, la moindre lésion de l'oreille peut déterminer ces genres d'accidents; des manifestations secondaires bien variées de la syphilis de l'oreille se sont compliquées en général de vertiges, de bourdonnements, de bruits subjectifs; dans les cas plus graves, le labyrinthe a été non seulement excité, mais atteint lui-

(1) Menière. — Société de Médecine du XII^e arrondissement, 1^{er} juin 1844.

(2) Zuckerkande. — *Monatsch. f. Ohrenh.*

même par des inflammations de l'oreille moyenne. Des troubles cérébraux ont même pu succéder à l'otite labyrinthique. La participation fréquente du nerf facial, des nerfs trophiques de l'œil, d'une part, de l'autre les céphalalgies, les troubles de l'équilibre indiquent bien l'envahissement d'une syphilis cérébrale à forme congestive dans ces sortes de faits.

Les accidents nerveux périphériques ou centraux de l'appareil de l'ouïe peuvent, en un mot, se présenter à toutes les phases de la syphilis, surtout de la syphilis grave ou non traitée ; dans ce cas, les altérations sont souvent précoces, mais nulle part ces accidents ne sont fréquents et intenses comme dans les syphilis tardives.

Dans les cas de lésions osseuses de la sphère auditive, la propagation des troubles vers les centres nerveux suit une sorte de loi de continuité, dont les raisons anatomiques, étudiées d'une manière si complète par A. Robin, permettent de se rendre compte facilement. Prenons quelques exemples.

Soit une gomme naso-pharyngienne accompagnée d'ostéite, d'exfoliation des os du nez, de nécrose ; le pus envahit la trompe, la caisse ; l'inflammation se propage à la coque osseuse de ces régions ; alors la suppuration détruit les membranes des fenêtres, envahit le labyrinthe ; si on songe alors à la disposition du fond du conduit auditif interne, à l'épaisseur si faible des parois osseuses, aux trous nombreux dont elles sont perforées, il n'est pas étonnant que l'inflammation se propage à la boîte crânienne ; du reste, même dans le cas où la lésion n'occupe que la caisse, en vertu de la faible résistance de la voûte du tympan, souvent même faisant défaut en certains points, la partie supérieure du rocher pourra être atteinte.

Si, d'autre, part la lésion débute par une suppuration mastoïdienne, la caisse sera vite envahie, vu la communication

intime des cellules mastoïdiennes avec la cavité tympanique. Là, mêmes accidents que précédemment ; de plus, envahissement facile de la région du sinus veineux latéral ; d'autre part, lorsqu'une tumeur occupe la partie antéro-supérieure du rocher ou lorsque cet os est carié en totalité, la communication des lésions est encore plus facile à expliquer.

Or, à quoi répond le rocher dans sa partie intra-crânienne. La dure-mère lui sert de périoste ; elle renferme entre deux feuillets des sinus veineux d'un calibre très développé et presque en contact au niveau de l'apophyse mastoïde avec les cellules mastoïdiennes, la caisse du tympan ; au fond du conduit le nerf de la huitième paire accolé au facial se trouve, d'une part, en contact avec la dure-mère, de l'autre, traverse une paroi osseuse criblée de trous nombreux pour se rendre, sous le nom de nerf cochleaire et de nerf vestibulaire, aux organes de Corti et aux ampoules ; vers sa partie centrale, ce nerf s'en va gagner ses deux noyaux situé, l'un sous le plancher du 4^e ventricule, l'autre dans le pédoncule cérébelleux inférieur. — Les relations du nerf auditif, soit par son trajet, soit par son origine, sont intimes avec les autres nerfs bulbaires.

Quant à la localisation corticale de l'audition elle est trop peu connue encore pour pouvoir entrer en ligne de compte. Quoi qu'il en soit, des tumeurs intra-cérébrales ont pu amener les troubles de l'ouïe et Stenger a vu une gomme des circonvolutions pariétales et temporales, du centre ovale et de la protubérance amener des troubles de l'ouïe.

Les tumeurs si fréquentes qui se développent sous l'influence de la syphilis, vers le sommet et la face antérieure du rocher, peuvent comprimer, englober même le nerf auditif, le plus souvent avec le facial et détruire la fonction, même sans déterminer d'altérations osseuses du côté du rocher.

Ces raisons étant exposées, la nature des lésions est facile à établir. Le nerf auditif est atteint d'accidents inflammatoires venus du labyrinthe ; ou bien, les méninges s'enflamment ; en effet, dans la carie pétreuse profonde, il ne peut se faire que le périoste interne du rocher, c'est-à-dire la dure-mère ne s'enflamme pas ; les vaisseaux peuvent, s'ulcérer, des épanchements sanguins ou purulents décoller la dure-mère. Cette membrane subira les lésions de la pachyméningite externe, l'arachnoïde pourra elle-même se voir envahie ; les méninges fusionnées épaissies pourront comprimer, détruire le nerf auditif et les nerfs voisins.

Si, d'autre part, la syphilis débute dans l'intérieur même de la substance cérébrale, sans doute, dans ces cas, il y aura souvent surdité peu marquée ; mais les vertiges, les bourdonnements dans les oreilles seront fréquents, et il faudrait rapporter le plus grand nombre des observations de syphilis cérébrale connues, pour ne pas en omettre de celles qui ont compté les bourdonnements au nombre de leurs symptômes. Dans les cas plus graves, le nerf auditif peut être comprimé et détruit. Consécutivement aux lésions du rocher, peut se produire enfin l'encéphalite, mais elle est très rare dans le cours de la syphilis.

Les mêmes considérations anatomiques expliquent pourquoi la surdité se complique souvent d'affections analogues des nerfs crâniens voisins, surtout du facial ; la lésion de ce dernier nerf seule pourrait même déterminer la cophose, soit en paralysant le tenseur du tympan (muscle du marteau), par l'intermédiaire du petit pétreux superficiel et du ganglion otique (O. Brause), soit en déterminant l'occlusion de la trompe par l'intermédiaire du grand pétreux, du vidien, du ganglion sphéno-palatin et du palatin postérieur qui inverse le palato-staphylin et le pérystaphylin interne (Lagneau).

Description. — Les lésions auditives dues à des affections du nerf ou de son origine, sont très variables et présentent, dans leurs symptômes et dans les troubles qui les accompagnent, un certain nombre de types différents :

1° La céphalée est un symptôme presque constant des altérations pétreuses et osseuses en général, céphalée tantôt grave, à exacerbations nocturnes, parfois continue. Elle peut occuper les régions temporales, sus-orbitaires, la région frontale ; souvent débiter par le fond du conduit. En général, elle s'établit longtemps avant le début des accidents graves et précède même la perte de l'ouïe ; dans le cas de lésion pharyngée ou osseuse, elle devra toujours donner l'éveil.

2° Les vertiges sont presque aussi fréquents, ainsi que les troubles de l'équilibre, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, vu le retentissement des lésions auditives en général sur la pression du liquide intra-labyrinthique sur le nerf et par son intermédiaire sur les pédoncules cérébelleux inférieurs et le centre de l'équilibre. Les vertiges sont souvent très intenses. Dans des cas assez fréquents, ces vertiges s'accompagnent de nausées, de vomissements.

3° *Symptômes divers.* — Selon que les nerfs voisins sont atteints par la même lésion ou par la même tumeur, on aura des troubles variables. La paralysie faciale est fréquente dans les tumeurs du rocher, de même divers troubles oculaires, notamment la chute de la paupière supérieure ; nous avons vu une fois une contracture des masticateurs, un trismus dépendant d'une lésion syphilitique, probablement de la base du crâne ; on aura aussi souvent des déviations du voile du palais, de l'anesthésie faciale ; en somme, tous les troubles qui peuvent résulter de la paralysie des 3^e, 5^e, 7^e et 8^e paires.

4° Dans les cas de tumeur intracérébrale, sous-méningée, on aura des troubles de l'intelligence, des accès apoplec-

tiformes, et surtout épileptiformes, parfois très fréquents, comme nous avons pu l'observer chez un de nos malades. On sait, du reste, que les troubles intellectuels sont plus fréquents après les lésions de l'ouïe que dans les autres cas.

5° *Symptômes auditifs proprement dits.* — Lorsque le nerf ou les origines centrales de l'audition sont atteints, la surdité se développe au plus haut degré et s'établit définitivement. La perception par l'air est diminuée ou abolie, le diapason, la montre, ne sont plus perçus par tout ou partie des parois osseuses, suivant l'étendue de la lésion ; parfois il existe une otalgie plus ou moins violente. La trompe d'Eustache est perméable ou obstruée.

L'état de la membrane du tympan ne présente rien de particulier, ou bien elle est relâchée ou au contraire concave ; si les accidents nerveux résultent d'une carie du rocher, elle est détruite ainsi que la caisse, les osselets, par suppuration.

Le nerf auditif peut être détruit, comprimé, atteint de névrite, le labyrinthe congestionné, injecté, ou complètement détruit par la carie.

Ainsi, on peut à peu près réunir les diverses lésions auditives suivant les types ci-dessous.

1° Carie du rocher avec otorrhée, destruction de la caisse et du labyrinthe, production d'esquilles, surdité progressive et complète.

A la suite, guérison par le traitement ou bien symptômes cérébraux graves, vertiges et bourdonnements intenses, accès épileptiformes, coma, mort.

2° Tumeur de la base du crâne ou du rocher ; symptômes nerveux divers, otalgies, bourdonnements, attaques épileptiformes, surdité très variable.

3° Lésions de l'encéphale et des méninges, soit primitives, soit consécutives aux formes précédentes ; surdité, qui peut

être très peu marquée, mais troubles nerveux, souvent violents ; bourdonnements, vertiges, nausées, parfois vomissements.

4° Enfin, dans un cas récent et peut-être unique de syphilis ancienne, atteignant la moelle épinière, on a vu des troubles trophiques du pavillon et de la surdité (troubles de la température des pavillons, bruissements, tintements, surdité (1).

Pronostic. — Le pronostic des lésions auditives de nature nerveuse est grave ; elles indiquent en effet une syphilis intense, souvent rebelle au traitement spécifique le plus énergique et le plus longtemps continué, qui, lors même qu'elle lui cède, laisse le malade exposé à des récidives nombreuses du côté des centres nerveux ; troubles dont la terminaison est, le plus souvent, la mort dans le marasme, mort précédée de coma ou de convulsions épileptiformes. C'est cette répercussion habituelle de la lésion sur le point lésé qui donne à la syphilis tertiaire de l'oreille son cachet propre de gravité.

Traitement — Le traitement devra donc, en présence de tels accidents, être institué énergiquement. On n'hésitera pas à donner l'icdure longtemps et à haute dose, à revenir au traitement après l'avoir interrompu, même en l'absence d'accidents.

Dans la syphilis tertiaire, nous voyons donc se développer des accidents parallèles à ceux de la période secondaire ; bénins lorsqu'ils s'attaquent seulement au conduit, au pavillon de l'oreille ou à l'orifice tubaire, mais pouvant parcourir tous les degrés, depuis la bénignité la plus complète jusqu'aux désordres les plus graves, jusqu'à la mort. En examinant les diverses observations on verra ici, comme toujours, les oto-

(1) P. Dubuc. — Tabes syphilitique, *Union médicale*, 1^{er} mars 1873

pathies spécifiques survenir assez souvent chez des malades déjà atteints d'affections des oreilles, parfois même à des otopathies secondaires (fait de Zambaco); nous tenons à insister ici encore sur cette donnée étiologique.

OBSERVATIONS

A) SYPHILIDES PHARYNGÉES ET NASALES.

XL. Achille H. ., 24 ans; il y a un an, accidents au gland et au prépuce. Ulcère du voile du palais qui s'étend et perce la voûte palatine. Os se carient et se nécrosent; après 6 ou 8 mois, cachexie. Voix faible, oreille dure, sens altérés, marasme, mort.

Autopsie. — Os des fosses nasales exfoliés; muqueuses rongées. Os maxillaire transformé en masse lardacée.

CULLERIER neveu, (*Journal de médecine*) 1864

XLI. Fr. South, 40 ans, ulcère sordide, profond à bords déchiquetés, de la tonsille droite, partie postérieure des fosses nasales de ce côté ulcérée, de même base de la luette. Tintements et douleurs d'oreilles intenses, Guérison par le mercure.

MARCET, in Pearson, loc. cit.

XLII. Chez un garçon de théâtre, ulcères syphilitiques ayant rongé les amygdales et une partie du voile du palais. Ouïe perdue, surdité complète à droite; variable et moins intense à gauche.

Injection d'eau tiède dans la trompe. Légère douleur au fond du conduit; diminution subite de la surdité du côté affecté. Le lendemain, douleurs vives, bourdonnements puis retour de la fonction; un peu de douleur; 2 récidives, guérison finale.

ITARD (*Dictionnaire des sciences médicales*,
Paris 1821, article surdité).

XIII. Chez un domestique, ancienne syphilis mal soignée. Exostoses, douleurs osseuses, diverses éruptions.

Plus ou moins bien traité par un charlatan.

Reste un ulcère palatin occupant le pilier postérieur gauche, semblant se propager vers les fosses nasales et donnant un muco-pus très fétide. Surdité gauche avec douleurs vives. La surdité était plus intense le matin et diminuait, quand il s'était mouché ou lorsqu'il avait expulsé de sa bouche une matière jaunâtre épaisse mêlée de sang.

Estomac fatigué. Traitement reconstituant, puis liqueur de Van Swieten, guérison très rapide.

ITARD (*Maladies des oreilles* 1842).

XLIV. En 1816, nous fumes appelés par un voilier de Cette. âgé de 50 ans, syphilitique depuis dix ans.

Douleurs de tête. Engorgement, suppuration du péri-crâne, ulcération de la pituitaire, destruction des os du nez et du voile du palais, perforation de la voûte palatine, carie du rebord alvéolaire, fistule à la fosse canine; ouverture du sinus maxillaire. Graves lésions osseuses, ichor horrible. Frictions mercurielles, puis sirop de salsepareille avec oxyde d'or puis quina.

Frictions avec l'oxyde d'or, puis avec le chlorure 1/15, 1/13, 1/10 puis 1/8 de grain par jour.

Élimination de séquestres.

Douleurs vives successivement dans les deux oreilles. Otorrhée double, surdité double, d'abord faible puis complète à droite, très forte à gauche.

Frictions avec l'amalgame d'or, 1/6 de grain; élimination de séquestres, pus abondant; 8 mois après surdité diminuée, mais vertiges, céphalalgies, puis symptômes cérébraux graves. Chûte d'un séquestre comprenant l'angle de l'occipital avec des fragments du sphénoïde et de l'ethmoïde.

Vertiges, anorexie, attaques apoplectiformes au bout d'un an. Le malade succombe à la deuxième. A l'autopsie, tumeur de la dure mère à la place du sphénoïde et de l'occipital.

DELPECH, *Clinique de Montpellier*, 1823.

XLV. Chirot, 33 ans en 1828, blennorrhagie. Six mois après, deux chancres, ulcérations du voile du palais et du pharynx, surdité persistante ; traitements divers, surdité revenant par intervalles. Mort après convulsions apoplectiformes.

Autopsie. — Origine de la trompe d'Eustache droite présente un bourrelet dur, engorgé, laissant à peine passer un stylet ; ulcère pharyngien derrière le voile ; perforation de la voûte.

DOMINEL ET LEPRESTRE (*Archives générales de Médecine*, 1830).

XLVI. M. L..., 68 ans, syphilis du pharynx, surdité depuis un an ; à droite ne perçoit plus la montre, la perçoit à gauche jusqu'à un pouce, arrière-bouche rouge tuméfiée, catéthérisme de la trompe impossible. Plus tard perforation de la voûte, gargarisme antisyphilitique, douches d'eau, guérison.

XLVII. M^{me} A..., 32 ans, me consulte en 1833, perte de l'ouïe gauche, plus de luette, cicatrice à la suite d'ulcération syphilitique s'étendant derrière le pilier gauche ; catéthérisme impossible, surdité persistante.

DELEAU. (*Recherches sur les maladies de l'oreille*, 1838.
Observ. 12 et 13).

XLVIII. Pierre V..., syphilis datant de 17 ans ; gommes sternales, claviculaires. Voile du palais tuméfié, puis perforation de la dimension d'une pièce de vingt centimes à bords déchiquetés adhérent au voile. Surdité, marasme, mort.

A l'autopsie, destruction de l'amygdale, du pilier antérieur, des muscles styliens, de l'aponévrose petro-pharyngienne ; vaste gomme.

DAVASSE, *in thèse de Dumoulin*, Paris 1848.

XLVIX. M^{me} L. ., commémoratifs inconnus, sauf une éruption, amaurose, à droite ulcérations de la bouche, douleurs ostéocopes; ulcération du pharynx, surdité remontant à plusieurs années, vives souffrances. Surdité cède facilement au traitement mixte.

DEVAL (*de l'amaurose*. Paris, 1851).

L. C..., se présente à Ricord, le 27 août 1847. Assez fort; blennorrhagie en 1839. Chancre à la base du gland en 1841.

2 mois après, douleurs sus-orbitaires adénopathies, roséole, syphilides du cuir chevelü.

Pilules de Dupuytren pendant 3 mois, puis iodure. Peu de temps après, douleurs occipitales, surdité gauche.

Etat actuel, ulcérations de la verge.

Ulcération profonde du pharynx à bords irréguliers, à fond jaune, grisâtre avec une pseudo-membrane au niveau du voile. Le gonflement s'étend si loin qu'on ne peut voir ses limites et semble avoir envahi les environs de la trompe.

A eu deux enfants sains. Quassia, gentiane. Teinture d'iode, 4 gr. iodure 50, eau 200 en gargarisme.

A l'intérieur jusqu'à 3 grammes.

Après 15 jours, cicatrisation; retour de l'audition.

On continue le traitement pendant 3 mois.

RICORD (*Clinique iconographique*, Paris, 1862, p. 134).

LI. M..., 30 ans, chancre, puis syphilides, affection du larynx; protoiodure, iodure de potassium, puis liqueur de Van-Swieten. En novembre 1848 amaigrissement, douleurs des membres, altération de la voix.

Pharynx rouge: derrière le voile, on voit sourdre du pus des parties non accessibles; douleurs de l'oreille gauche. Depuis quelques jours ses parents auraient remarqué chez lui de la surdité, coryza. Iodure de potassium. Lotions intra-

nasales à l'eau de guimauve. alun en gargarisme. Douze jours après esquille foliacée venant des fosses nasales; plus de douleurs ni de surdité.

LAGNEAU (*Maladies syphilitiques du système nerveux*, 1860).

LII. Elisabeth Vallet, 41 ans. 14 avril 1850; douleurs de tête considérables il y a 20 ans; éruptions, il y a 12 ans; ostéopathies pendant 6 ans. Iodure de potassium. Guérison. Depuis 2 ans, céphalées intenses et nocturnes durant parfois 4 à 5 jours. Douleurs diverses.

Perte de la mémoire. Ouïe douloureuse. Bourdonnements intenses.

SCHUTZEMBERGER (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1850, p. 65).

LIII. L..., 31 ans, menuisier, entré au Midi le 31 juillet 1848. En 1837, blennorrhagie, phimosis, chancre et adénopathie biinguinale. Alopécie, douleurs articulaires, douleurs sus-orbitaires.

Sept ans après, pharyngite, adénopathies, syphilides du cuir chevelu, dysphagie, bourdonnements, audition difficile. Protoiodure, salsepareille.

En 1846, nouvelles ulcérations à la langue et au gosier, surdité gauche. En février 1847, gêne de la déglutition. surdité gauche marquée, iodure de potassium. Guérison.

En 1848, M. Ricord diagnostique comme cause une tumeur du voile; cette tumeur cède, mais la surdité persiste.

Exacerbation en 1848, surdité double plus prononcée à gauche; à son entrée, le voile est repoussé en avant par une tumeur du volume d'une noix, rouge, molle, élastique non ulcérée. Voix nasonnée, pas de dyspnée. Surdité double mais très complète à gauche.

Le malade n'entend rien, l'oreille droite étant bouchée. Incision de la tumeur donnant lieu à un liquide jaunâtre en

flot. Trois grammes d'iodure. Le 20 août, guérison. Il ne reste qu'un peu de dysécie à gauche.

ZAMBACO (*Syphilis nerveuse*, 1862).

LIV. B .., 36 ans, syphilitique depuis 10 à 15 ans. Troubles très curieux de l'intelligence. Depuis 5 ans paralysie faciale survenue pendant le sommeil.

Eruptions, varicocèle. Ulcération du voile du palais, traitée et guérie. Périostite des os du nez, carie alvéolaire. Lésions cérébrales graves, délire des persécutions, strabisme, mydriase, ptosis. Quelque mois après, se développe une dureté de l'oreille gauche, puis de la surdité. Mort avec attaques.

O. BRAUSE (*Hirnsyphilis*, n° 56, p. 39).

LV. *Otopathie antérieure*. — M. Joffroy, père et mère bien portants. A 15 ans, abcès de l'oreille gauche, syphilis à 22 ans à 23, blennorrhagie, à 26 rhumatisme articulaire aigu.

Ecoulement survenu il y a six ans sans douleur. Le 3 mars arrive à la consultation avec une otorrhée abondante, donnant un pus fétide; jamais de bourdonnements.

Montre s'entend à gauche au contact.

A droite jusqu'à 0^m20.

Perforation presque totale du tympan gauche.

Fond de la gorge rouge, luisant, luette volumineuse.

(Clinique de Boucheron, in *Brisson*, thèse de Paris 1880.

LVI. Le nommé P... Pierre, 40 ans, né à Benfeld (Alsace), domestique, était atteint depuis 1864 d'une syphilis contractée au Mexique. Traitement de 2 mois.

Après deux autres mois, à la suite d'une fatigue, bubon.

En 1871, surdité qu'il attribua à un coup de feu très près de son oreille (?) paralysie faciale du même côté, à gauche. Tandis que de côté, la surdité s'était établie rapidement avec écoulement catarrhal, quelques temps après, l'oreille droite

devint progressivement plus dure. Traité au Val de Grâce, il fut réformé pour surdité.

En 1876, douleurs aux jambes ; il entra dans le service de M. le professeur adjoint Béchet ; où il fut traité par les pilule de Belloste et la pommade au précipité rouge. Sorti le 8 mars 1877.

En mars 1879, il fut atteint de céphalalgies vives, de boutons au cuir chevelu ; il rentra à la maison de secours en juin 1879, et en ressortit en août.

Il y rentre une troisième fois avec des syphilides du cuir chevelu, des éruptions de la cuisse, et en sort au bout de 2 mois.

En septembre 1880, vives douleurs au voile du palais ; un de ses camarades, par qui il se fit examiner, constata une vive rougeur. Bientôt s'établit un ozène fétide mêlé de sang. Rentré au service de M. le professeur agrégé Spillmann, il commença à expulser des fragments d'os nécrosés.

Or, à ce moment, la surdité s'accrut de plus en plus, s'accompagnant de bourdonnements dans l'oreille droite et de sifflements dans le conduit auditif, lorsque le malade se mouchoit. Il expulsait de temps en temps des fragments osseux et en vint à sentir une communication entre le pharynx et les fosses nasales. Sorti le 24 décembre, il rentra un mois après avec une exostose de la voûte palatine, et ressortit le 17 juillet 1871. Il fut traité dans ces divers séjours par le protoiodure, le sirop de Gibert, l'iodure de potassium.

(Recueillie à la Maison de Secours par M. Boley, *externe des hôpitaux*, dans le service de M. le professeur agrégé Spillmann).

Réflexions. — La surdité primitive avec paralysie faciale est probablement elle-même de nature spécifique ; en effet, elle s'est établie d'un côté avec otorrhée et a gagné ensuite l'oreille saine ; l'étiologie indiquée par le malade ne peut

avoir été tout au plus qu'une cause déterminante. Bien que nous manquions d'examen otoscopique, les caisses ont dû être atteintes et les tympans perforés (bourdonnements, sifflements).

(Personnelle.)

LVII. C. . Marguerite, couturière, entre le 9 février 1883, à la maison de secours, service de M. le professeur agrégé Spillmann. En 1873, adénopathie inguinale douloureuse, 3 bubons suppurés furent ouverts. Cicatrices. Pas de renseignement sur l'accident primitif. Rien à la vulve. Plus tard, papules. Syphilides des amygdales et syphilides papulo-crouteuses ; depuis cette époque, diminution de l'audition, la malade se plaint d'entendre moins à droite.

Après 6 années de guérison apparente, se développa, il y a trois mois, à la voûte palatine, une petite ulcération qui atteignit le volume d'une pièce de deux francs et médiane ; à gauche, plaque recouverte d'un enduit diphtéroïde, à droite, petit pertuis assez profond, renfermant un pus grisâtre et semblant aboutir derrière le pilier postérieur à la partie latérale du pharynx vers l'orifice tubaire. Depuis que cette lésion existe, la malade se plaint de quelques douleurs et de bourdonnements d'oreille assez faibles.

Douche nasale lancée à gauche par le procédé de Politzer, ne passe pas ; passe à droite. Tympan normal à gauche, très concave. La montre ne s'entend que jusqu'à 0 m. 25. Audition osseuse, bonne.

Perforation étendue du voile, le 10 mars. Traitement spécifique. Guérison,

Mêmes remarques que précédemment. Accidents auriculaires antérieurs vers la période secondaire. Nouveaux accidents à la période tertiaire.

B) LÉSIONS DES OS DU CRANE ET PARTICULIÈREMENT
DU ROCHER.

LVIII. Homme de 40 ans environ Syphilis ancienne, nez écrasé ; entre à la Charité, douleurs ostéocopes. Exostoses, ulcères palatins. Cephalalgies intenses, vertiges, pilules de Sédillot ; convulsions épileptiformes. Surdité à droite. Mort.

Autopsie. — Méninges droites enflammées à la base.

Tumeur gommeuse lardacée de la fosse du rocher, ramollie ; os dénudés.

RAYER (*Syphilis générale*, 1847).

LIX. D... Narcisse, syphilis en 1842. Rupia de l'épaule gauche Guérison.

Plus tard, en 1846, récidives. Exostose du pariétal droit.

Plus tard, en 1849, paralysie de l'oculo-moteur commun, tintements d'oreille, troubles intellectuels. Surdité. Guéri le 2 juin.

RICORD (*Traité iconoclastique*, 1851).

LX. G... 61 ans, syphilis depuis l'âge de 18 ans. Ouïe devient dure à son entrée ; surtout à droite. Surdité s'établit en un mois. Tumeur très grosse à l'angle de la mâchoire envahissant la région du voile.

Le 22 octobre, douleur vive de l'oreille droite, le 23, hémorragie du conduit.

BAUDOT (*Union médicale*, 1859).

Rentré à l'hôpital avec accès comateux, mort le 25 janvier 1859.

Autopsie. — Tumeur gommeuse allant de la selle turcique au milieu de l'apophyse basilaire.

VAN ORDY (*Thèse de Paris*, 1859).

LXI. Thévenet 26 ans ; tumeurs du cou, céphalalgies ; tumeur du temporal, accès épileptiformes. Traitement méthodique en 1882. 6 ans après, céphalalgies, otorrhée purulente

qui s'arrêta bientôt, à la suite surdité, bourdonnements, vertiges. Exostoses au niveau de l'écaille du temporal, du vertex.

Traitement anti-syphilitique ; guérison progressive.

LARREY (*Mémoires et campagnes*, t. II, p. 444).

LXII. Consulté par la femme d'un sous-officier des vétérans pour une maladie qu'il reconnaît être une syphilis, Itard examine son mari sur qui elle rejette l'infection.

Celui-ci est depuis longtemps atteint de pustules à la cuisse et à l'anus.

De plus, écoulement abondant, verdâtre, sanguinolent, strié de sang de l'oreille gauche avec esquilles. Le malade en montre quelques unes, on reconnaît l'enclume et le marteau. Débris du rocher vermoulus et friables.

L'ulcération née de la caisse se propage sur tout le conduit et même une partie de la conque ; elle est rouge vif, à bords élevés, pâles, douloureuse. La conque est presque entièrement détachée, Fusées de pus vers la branche montante du maxillaire et l'apophyse mastoïde. Fistule mastoïdienne donnant un pus fétide, surdité complète. Traitement au calomel, puis au mercure en pilules avec du miel jusqu'à salivation. Diminution de la suppuration, sauf mastoïdienne. Injection par la fistule d'une solution de sublimé.

L'écoulement se prolonge pendant six mois. Extraction du séquestre. Guérison, mais surdité gauche persistante.

ITARD, loc. cit., p. 233.

LXIII. V... âgé de 47 ans, entre à Saint-Antoine, service de Mesnet, le 24 mars 1873 pour une suppuration de l'oreille gauche datant de plusieurs mois. Il a 3 ans 1/2 environ, début de la syphilis. A son entrée, pas d'accidents, seulement douleurs vives dans l'oreille. Après 6 mois, la suppuration augmente, douleurs, surdité presque complète.

Fin juillet 1873, un peu d'œdème au-dessus et en arrière du conduit auditif externe, suppuration très abondante ; le malade a des douleurs horribles dans l'oreille gauche qui l'empêchent de prendre aucun sommeil. En août, l'œdème s'est étendu à toute la surface pariétale gauche jusqu'à la nuque.

En ces points et surtout vers le pariétal, le cuir chevelu est soulevé et séparé de la boîte crânienne par une couche de liquide épais et pâteux. La peau est lisse, tendue. Alopécie, surtout à gauche.

Cachexie profonde. Oedème progressif.

Mort le 27 septembre, sans accident cérébral.

Autopsie. — Entre le cuir chevelu et les os, pus épais, grisâtre, destructions musculaires diverses. Sequestres nombreux du conduit auditif. L'apophyse mastoïde a disparu, le stylet peut arriver à la dure mère.

Celle-ci est doublée d'une pseudo-membrane, dont la sépare du pus.

Points hémorrhagiques. Sinus pétreux et latéral oblitérés à gauche.

Oreille moyenne détruite. Par places, ostéite raréfiante.

BARIÉ, interne des Hôpitaux.
Bulletin de la Société anatomique, octobre 1874.

LXIV. Percot, 34 ans, entre à Baujeon le 12 février 1878, service de Tillaux, salle Saint-Edmond, n° 38.

Chancre à 18 ans, guéri en quelques semaines. Pas de symptômes secondaires. Onze ans après, enfant qui a vécu.

Il y a deux ans, deux grosseurs derrière l'oreille gauche. Vésicatoires.

Ulcération de la peau. Ecoulement purulent.

En décembre 1877, entre à Lariboisière. Fistule mastoïdienne gauche donnant beaucoup de pus ; on diagnostique abcès mastoi-

dien et nécrose. Trépanation, ablation du séquestre. Fin janvier, gommes ulcérées de la clavicule.

Conclusion. — Nécrose syphilitique, probablement gommeuse. Sirop de Gibert, pansement à l'onguent mercuriel belladonné. Guéri le 15 mars.

GERVAIS (*Thèse de Paris*, 1879).

LXV. Pauline V..., 47 ans (n° 30, salle Sainte-Geneviève), d'Amiens, lingère. — Chancre de la lèvre à 22 ans. Angines, plaques muqueuses. En 1877, douleurs frontales droites, accidents névralgiques, oculaires. Iodure de potassium.

Peu après, céphalée vive, abcès cornéen, hernie de l'iris, staphylome. Surdité droite.

Mastication difficile. Chûte des dents.

N'entend plus depuis un an, parfois bourdonnements, vertiges, tendance à se porter à droite.

En 1880 et 81, accidents divers. Morte dans le coma le 29 janvier 1881.

Autopsie. — Masse fibreuse impossible à dissocier, et s'étendant du fond du conduit auditif interne au sommet du rocher, résultant de la fusion des méninges entre elles, et avec la région voisine du cervelet. Substance nerveuse épaissie, indurée.

5^e, 7^e, 8^e paires crâniennes enveloppées dans la tumeur. Ganglion de Gasser dur, induré, résistant :

Au microscope, hypergénèse du tissu conjonctif, atrophie des fibres réduites au cylindre axe. Quelques ilots graisseux. Pour M. Lancereaux, c'est une gomme cicatrisée.

LANCEREAUX (*Union médicale*, 1^{er} novembre).

LXVII. Homme de 39 ans. Chancre 10 ans auparavant. Gonflement énorme de la région mastoïdienne et temporo frontale. Otorrhée purulente. L'incision donne une grande quantité de pus. L'examen histologique fit reconnaître les élé-

ments d'une gomme; os intact. Drainage de l'abcès, guérison.

Récidive, gonflement au front et au visage. Après la disparition des grosseurs, gommages du pavillon, adénite cervicale. A l'extérieur, iodoforme; à l'intérieur, iodure de potassium. Guérison rapide.

POLLAK (*Allgemeine Wien. Medical Zeitung*, 1881, n° 21).

LXVII. M. P..., 28 ans, femme de chambre, syphilis à début non précisé. Janvier 1874: à droite, paralysie du droit interne, ptosis; électricité, iodure de potassium. Guérison.

En avril, de même à gauche; abcès de l'oreille du même côté. Vomissements, étourdissements; névralgies intercostales, entre à la Charité le 19 juin. Traitements spécifiques.

En novembre, surdité gauche complète.

En février 1875, névralgies frontales. Kératite gauche.

Le 14 juin 1876, entre à Lariboisière, service de Panas. Blépharoplastie; iodure de potassium, bains sulfureux.

Otoscopie. — Perception crânienne, bonne à droite; médiocre à gauche.

A gauche, montre entendue à 0 m. 02.

A droite, d° d° à 0 m. 20.

Diapason mieux entendu au sommet à droite. Otite moyenne purulente gauche; destruction du tympan et des osselets, moins l'étrier. Muqueuse boursouflée, ramollie, recouverte de pus.

Oreille droite; tympan sain, avec trace d'ancienne affection.

BARATOUX, *Thèse de Paris*, 1881.

C) AUTRES LÉSIONS (*tumeurs cérébrales*, etc).

LVXIII. Arnoux, 29 ans, entre le 17 février 1854 à l'hôpital. Chancres, il y a 8 ans. 4 ans après, douleurs des membres. Il y a 7 à 8 mois, céphalalgie, douleurs de l'oreille droite.

Ouïe normale à gauche, très-dure à droite ; troubles des autres sens, déviation du voile. Pilules de Sédillot. Tisane de Feltz.

DAVAINE, (Comptes-rendus de la Société de biologie, t. IV, 1852).

LXIX. Syphilis antérieure, accidents multiples, affaiblissement des sens, surtout de l'ouïe, douleurs de tête lancinantes, lourdeurs, surtout la nuit. Accès épileptiformes. Traitement spécifique ; guérison.

SANDRAS, (*Gazette des hôpitaux*, 30 décembre 1854).

LX. E..., 46 ans. En 1844, chancres, ganglions, douleurs de gorge. En 1854, douleurs rhumatoïdes, exostoses. Guérison, mais bourdonnements,

Le 12 mai, l'ouïe est perdue à droite. Quassia, iodure de potassium jusqu'à 4 grammes. Le 29 mai, guérison.

ROQUETTE (*Union médicale*, 22 août 1854).

LXXI. Homme entré au service de Sandras, hémiplegie générale gauche avec hémianesthésie ; hémiplegie oculaire droite.

Syphilis ancienne. Plus tard surdité droite ; hyperostose mastoïdienne.

Mort ; à l'autopsie protubérance ramollie. Hyperostose de l'apophyse mastoïde.

LANDRY (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 15 mars 1859).

LXXII. Homme de 50 ans, syphilis ancienne, figure altérée ; depuis deux ans céphalées, vertiges, hémianesthésie et hémiplegie faciale droite.

Œil droit rouge, larmoyant. Bourdonnements d'oreille, élancements névralgiques surtout dans l'oreille droite, sensations analogues à des battements d'horloge.

Audition : bonne à gauche.

A droite nulle sur les os et au méat.

La montre s'entend au contact après l'expérience de Valsalva.

Méat rétréci. Tympan sec mat, nez bouché. Saillie occupant la place de la voute palatine. On conclut à une tumeur comprimant l'acoustique, le facial et le trijumeau.

GELLÉ (*in thèse* de Baratoux, 1881).

LXXIII. Homme de 43 ans; syphilis datant de 18 ans, depuis longtemps, vertiges et perte de la mémoire. Hémiplegie droite Diminution de l'ouïe et de la vue.

Accidents épileptiformes. Mort.

Autopsie : gommès des circonvolutions pariétales et du centre ovale; une autre dans la moitié droite du pont de Varole.

L'auteur attribue la surdité à la tumeur du centre ovale.

STENGER, (*Arch fur Psychiatrie*, XI-1, et *Revue syphi. et Dermat*, mai 1883).

LXXIV. *Altérations laryngées.* — *Surdité par lésion nerveuse.* — M^m X..., de 50 ans, se présente en 1872 avec une laryngite chronique datant de 4 ou 5 ans. Amaigrissement, anémie. Constipation opiniâtre. Syphilis ancienne, jusque là non traitée. Ulcérations diverses du larynx reconnues par M. Isambert. Cautérisations au nitrate acide de mercure puis au chlorure de zinc; larynx amélioré.

En 1873, affaiblissement notable de l'ouïe, surdité assez prononcée; pas de lésions du conduit, du tympan, ni du pharynx. Probablement quelque exostose comprime le nerf auditif.

Paraplégie croissante, M. Tripier conclut à une syphilis viscérale et médullaire.

Douleurs variés, dyspnée intense, runchus laryngés. A la fin d'octobre 1874, vives douleurs dans l'oreille gauche; névralgies, dyspnée et cornage augmentent.

Accès de suffocation. Coma, mort le 2 avril 1875 ; on ne put pratiquer l'autopsie.

Ch. PÉRONNE ET ISAMBERT, (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875-1).

LXXV. *Troubles de l'oreille dans un tabes syphilitique.* — X... chancre en octobre 1861, puis roséole, syphilides diverses. Mariage en 1838. 2 enfants sains. En 1871, gomme du voile, perforation, iodure de potassium, guérison.

Engourdissement à gauche à partir de 1873 ; frictions, 3 grammes d'iodure.

3 octobre, pupille gauche rétrécie. 17 novembre pavillon gauche plus chaud que le droit, ouïe moins nette à gauche, bruissements. Douleurs aiguës des membres inférieurs.

26 janvier 1874, tintements auriculaires. 23 octobre bruits intenses dans l'oreille gauche. Troubles divers, crises gastriques etc., les années suivantes. Mort le 27 juillet 1878.

P. DUBUC (*Union médicale*, 1^{er} mars 1883).

LXXVI. L..., Marie-Anne, 72 ans, veuve, entre à l'hôpital St-Julien, service de M, le professeur agrégé E. Demange, le 2 décembre 1882.

Elle a eu 7 enfants dont le premier seul est vivant. Début de la syphilis inconnu.

Hyperostose de la clavicule droite avec une cicatrice rougeâtre correspondant à une lésion non suppurée que la malade compare à une gourme.

Elle a eu dernièrement des exostoses frontales ; elle est donc atteinte d'une syphilis d'une origine mal déterminée, mais certainement ancienne.

Céphalalgie habituelle. Il y a 26 mois, attaques étourdissements, paralysie faciale gauche.

Depuis 6 mois, surdité d'abord gauche, gagnant au bout de

2 mois l'oreille droite. Jamais d'otorrhée ni de bruits anormaux.

Depuis 8 jours, douleurs de l'oreille droite.

Parole difficile. Trismus.

Autres appareils normaux.

Montre entendue à gauche au contact.

A droite jusqu'à 0^m06.

Nulle part sur les os, sauf un peu au front et à droite.

Méats rétrécis remplis d'un cerumen très-dur.

4 grammes d'iodure. Frictions.

Sous l'influence du traitement, les exostoses diminuèrent puis disparurent après douze frictions,

(Communiquée par M. Knoepfler, interne des hôpitaux.)

• (Personnelle).

LXXVII. *Surdité par tumeur cérébrale.* — Le nommé B..., 37 ans, entre le 21 juillet 1876, à la Maison de Secours, service de M. le professeur adjoint Béchet; syphilis datant de 1868, à début mal fixé, de même que les accidents secondaires par le malade qui, du reste, a des troubles de l'intelligence.

Depuis ce temps, chute de la paupière supérieure gauche, dilatation de la pupille de ce côté. Strabisme externe, déviation de la bouche à droite, parésie des membres. Intelligence profondément atteinte.

Depuis son entrée, accès épileptiformes fréquents qui se sont multipliés de jour en jour pendant ces sept années de séjour à l'hôpital, moins fréquentes cependant depuis un an.

Le malade a pris à son entrée de l'iodure de potassium, des frictions.

Plus tard, du sirop de Gibert.

Le 28 septembre 1882, ictère sans hypertrophie du foie.

Depuis le 25 septembre, kératite superficielle; accidents

disparus le 3 octobre 1882, sous l'influence du mercure et des frictions.

Depuis ce temps, le malade va beaucoup mieux. Il a perdu depuis longtemps le sens de l'ouïe; il a eu il y a quelques temps, des bourdonnements intenses.

Rien de remarquable à l'otoscope, tympan sec et normal.

La montre, n'est perçue à gauche, ni au contact du méat, ni nulle part sur les parois osseuses, surtout au vertex, où la perte dépasse la ligne médiane; à gauche la perception osseuse est médiocre, la montre perçue jusqu'à 0^m30.

Le 14 mars 1883, la surdité semble s'être complétée. Il y a eu depuis quelques semaines des bourdonnements. Le diapason n'est presque pas perçu sur les os à gauche, pas du tout au vertex, ni à l'apophyse mastoïde; à droite, il n'est pas entendu sur la bosse frontale, mais il est sur les autres points.

La montre n'est perçue nulle part sur les os, sauf à la région mastoïdienne droite.

Au méat : A gauche un contact elle n'est pas perçue du tout

A droite jusqu'à 0^m28.

Au contact à gauche le diapason est perçu faiblement.

La douche Politzer passe facilement des deux côtés.

Réflexions. — Il s'agit probablement ici d'une tumeur intracrânienne sous-méningée (accès épileptiformes) comprimant les nerfs oculo-moteurs commun facial, et acoustique à gauche; le nerf acoustique gauche étant complètement détruit; le droit très altéré.

CHAPITRE IV.

Lésions de l'appareil auditif dans la syphilis héréditaire.

A) LESIONS DE L'OREILLE EXTERNE

Dans la syphilis héréditaire les éruptions de l'oreille externe peuvent se rencontrer comme dans la syphilis acquise, mais une sorte de lésion lui est particulière ; nous voulons parler des troubles trophiques du pavillon.

Comme la syphilis tertiaire, la syphilis congénitale peut amener l'artério-sclérose, et de cette lésion peuvent résulter soit des obstructions des artères du pavillon, soit leur rupture par un léger traumatisme.

La gangrène du pavillon a en effet été observée plusieurs fois. La malade de Wreden dont nous reparlerons plus loin, en fut atteinte et Rivington (1) en observa à l'hôpital de Londres en 1871 un cas intéressant chez une jeune fille de 16 ans.

Celle-ci entrée pour une soit disant gangrène du nez, présentait des adénopathies multiples, des ulcérations des grandes lèvres, des symptômes viscéraux ; la peau du pavillon était brune.

Quant à l'hématome du pavillon de l'oreille, il a été observé une fois par Thorens, Voici le résumé de son observation.

OBSERVATION LXXVIII.

F. Agé de 5 ans ; père syphilitique 2 ans avant sa naissance ; atteint de psoriasis à ce moment. Frère atteint de cachexie syphilitique marquée et âgé de 2 ans.

Quant à lui il a le crâne déformé, des incurvations rachitiques, les dents étroites, mal implantées, le nez épaté, un

(1) *Revue* de Hayem, 1872.

coryza chronique ; le moindre traumatisme amène une échy-mose, pas d'hémophilie Traitement reconstituant.

Le 24 octobre 1881, l'oreille devient rouge et enflée; le lendemain rougeur érysipélateuse de la face externe du pavillon. L'hélix et le sillon sont normaux, mais la conque, l'anthélix et l'antitragus ne forment qu'une masse fluctuante, indolente qui oblitère l'entrée du conduit.

Face postérieure du pavillon et lobule libres.

Resolutifs.

La ponction donne un sang mêlé de sérosité noirâtre, des caillots au bout de l'aiguille. Il reste une poche flasque remplie de fragments molasses faciles à écraser, bien différents du cartilage.

Il aurait suffi que l'enfant passât simplement la tête entre les barreaux de son lit de fer pour amener cet accident. Un tel genre de lésions est du reste bien rare; nous n'en avons trouvé aucun autre exemple.

B) LÉSIONS DE LA CAISSE. — LÉSIONS DU LABYRINTHE
ET DE L'APPAREIL NERVEUX.

Les lésions auditives dans la syphilis héréditaire se présentent sous une forme assez variée; ne différant que peu des formes observées chez l'adulte, mais se caractérisant surtout par leur coexistence avec d'autres lésions.

Hutchinson (1) qui dans une série de mémoires intéressants, a éclairé d'une manière si complète la pathologie de la syphilis congénitale, admettait comme triade caractéristique de

(1) Hutchinson. — *A. clinical memoir on certain diseases, of the Eye and Ear, consequent in inherited syphilis*, 1863 et 1867.

Du même: — *Deafness with inherited syphilis*. *Med. Times and Gazette*, 1878.

cette affection les altérations des yeux, des dents et des oreilles ; on a rencontré du reste parallèlement d'autres lésions.

Fréquence. — Examinons d'abord quelle est la fréquence de ces affections de l'ouïe. Sur cent syphilitiques héréditaires, Hutchinson et Jackson observèrent dix cas de surdité (1863), dans son mémoire Hutchinson décrit ensuite vingt et un cas dont la plupart n'auraient pas été précédés d'otorrhée. De même les auteurs qui les ont suivis ; Pierce qui a observé trente-cinq cas de syphilis congénitale de l'oreille, croit la coexistence de lésions de l'oreille moyenne assez fréquente, mais non de règle. Quant à Charles J. Ripp, dans aucun des six cas qu'il a relatés il n'est fait mention de l'otorrhée. Ces faits se rapprochent plutôt d'une otite labyrinthique ou d'une lésion nerveuse.

Influence de l'âge du sexe, etc. — Mais où les opinions divergent encore davantage, c'est sur le moment de la vie où apparaissent ces troubles de l'ouïe.

Il semble d'après quelques auteurs que ces affections puissent être absolument congénitales. Guerder (1), Beverley Robinson (2) rangent la syphilis parmi les causes de la surdité, Wreden (3) vit une carie mastoïdienne chez une petite fille de huit mois.

On sait d'ailleurs que chez le nouveau-né la caisse est en général remplie de tissu embryonnaire qui disparaît peu à peu. Or il n'est pas impossible que ce tissu ne suppure, surtout sous l'influence d'une lésion de la muqueuse nasale. Dans ses recherches anatomiques sur la syphilis héréditaire, le docteur Violet s'exprime ainsi :

(1) Guerder. — *Maladies de l'oreille*. Paris 1883.

(2) Beverley Robinson. — *Medical Record*, 6 janvier 1883.

(3) Pour Wreden, voir A. Robin, *loc. cit.*

« J'ai vu deux fois dans l'oreille moyenne et interne, une fois même dans les cellules mastoïdiennes, des gouttes d'un liquide épais, que l'examen microscopique pratiqué par le docteur Charpi, révéla être du pus. Ce pus proviendrait des parties postérieures de la membrane de Schneider, siège habituel du coryza et arriverait par la trompe à l'oreille moyenne. »

Une telle lésion congénitale et double peut, s'il y a survie, déterminer de la surdité ; de là par conséquent la surdi-mutité peut en résulter. Tel est peut-être le mode de production de la surdi-mutité dans le cours de la syphilis héréditaire. Des recherches plus étendues manquent du reste sur ce point.

Jusqu'à quelle époque peut se manifester l'apparition des troubles auditifs. Ici les opinions divergent notablement : d'après Seligsohn le cas le plus tardif observé par Zeissl l'aurait été chez une jeune fille de quatorze ans. D'autre part, Hinton leur assigne comme limites dix et seize ans ; plus récemment Pierce, dix et dix-huit ans.

Julien (1) dit d'autre part qu'aux approches de la puberté, chez les syphilitiques de naissance, on doit craindre les affections de l'oreille interne ou des centres de l'audition, surtout chez la femme. Les six cas observés par Ripp renferment les observations de malades âgés de dix-sept et dix-huit ans. Hutchinson a vu un cas dans lequel l'affection s'est développé à vingt et un ans, le docteur Brocq a vu un malade de vingt quatre ans. (Voir l'observation.)

Pour Guerder enfin, ces lésions se développeraient de sept à huit ans, ou bien aux approches de la puberté.

Il est vrai que les organes génitaux seraient, d'après Auga-

(1) Julien. — *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1878.

gneur, (1), frappés par la syphilis congénitale d'un arrêt de développement plus ou moins marqué ; il n'est donc pas étonnant que ce terme ultime de la puberté se présente souvent à une époque tardive ; c'est peut-être ce qui donne raison à ceux qui fixent cette époque comme le moment d'apparition habituel des troubles auditifs.

En somme on ne s'avancera pas trop en disant que ces lésions peuvent se rencontrer depuis la naissance jusqu'à une époque relativement avancée. Cette question se rattache du reste tellement à l'étude si controversée en ce moment de la syphilis congénitale et de ses caractères, que nous croirions sortir de notre sujet en insistant plus longtemps. Quant à l'influence du sexe elle est un peu mieux connue ; tous les auteurs en général s'accordent à dire que de telles lésions sont plus fréquentes chez la femme ; comme elles se produisent surtout à la puberté, elles s'aggraveraient à l'établissement de la menstruation, si elles sont antérieures à cette époque. (Julien, Hinton).

Pour Lancereaux cette influence du sexe serait telle que la surdité atteindrait trois fois plus de femmes que d'hommes, de même pour Hutchinson. Pierce va plus loin encore ; cette proportion entre les deux sexes atteindrait pour lui la moyenne de cinq à un.

Hinton croit aussi devoir accorder aux conditions sociales une certaine influence ; d'après lui, ces manifestations atteindraient surtout les enfants de la classe pauvre ; ou tout au moins, les symptômes s'observeraient avec un cachet de moindre gravité dans la classe riche. Les autres auteurs ne donnent pas de détails sur ce point.

Telles sont les données fournies par les auteurs sur l'influence de diverses conditions d'âge, de sexe, de milieu ; voyons

(1) Augagneur. — *Thèse de Lyon*, 1879.

maintenant les causes pathologiques ou plutôt les lésions qui coexistent le plus souvent avec les troubles auditifs.

Lésions concomittantes. — Ici nous retrouverons beaucoup d'analogies entre ce qui se passe dans la vérole héréditaire et les caractères de la syphilis acquise, surtout à la période tertiaire. Lésions pharyngo-nasales, ozène, caries osseuses et otorrhée devront entrer en ligne de compte, mais dans la syphilis héréditaire, la coexistence d'affections oculaires est plus fréquente et beaucoup plus marquée, et, dans ces cas comme toujours, la syphilis menace surtout le labyrinthe, souvent à l'exclusion de l'oreille moyenne.

1° Les lésions naso-pharyngiennes s'observent assez fréquemment dans la syphilis héréditaire et on sait quelle est la difficulté de les distinguer des affections de même nature développées sous l'influence de la scrophulose. Les ulcérations pharyngées prennent du reste en général le caractère de la gomme, déterminent des perforations, des adhérences des piliers à la paroi postérieure du pharynx, avec toutes leurs conséquences du côté de l'audition.

La muqueuse nasale est le plus souvent atteinte, aussi il y a gonflement, épaissement du canal nasal, ozène, caractère sur lequel insistent Hinton et Pierce, et dont l'influence est analogue à celle des lésions pharyngées.

Seligsohn croit en outre que le gonflement de la région parotidienne observé par lui chez le malade dont il communiqua le cas à la société de médecine de Berlin, peut aussi être regardé comme dépendant de la syphilis héréditaire.

La carie de la paroi osseuse de la caisse et même d'une partie du rocher est assez fréquente et se manifeste par de l'otorrhée ; il n'est pas besoin de rappeler ici combien sont fréquentes les lésions osseuses dans la syphilis congénitale. Les caries peuvent être très étendues, comme dans le cas de

Wreden, rapporté par A. Robin. Chez une petite fille de huit mois, on vit une gangrène du pavillon et, à sa suite, la chute de tout l'os temporal amener la mort en 10 heures, sous l'influence de la syphilis héréditaire.

3° Mais le point sur lequel il est surtout nécessaire d'insister, c'est la fréquence des maladies des yeux, coexistant surtout avec les maladies du labyrinthe. Sans doute, ces lésions ne causent pas les maladies auditives, mais elles doivent leur être analogues et leur être unies par une relation intime. En effet, on voit le plus souvent une affection oculaire précéder le développement de la surdité et s'améliorer précisément au moment où l'oreille va être atteinte ; d'autre part, le phénomène inverse peut s'observer, comme dans le troisième cas de Ripp et dans celui publié dernièrement par MM. Lelou et Perrin ; il est vrai que, dans ces cas, l'affection auriculaire ne cède pas en général au traitement.

Quant à la forme de lésion oculaire la plus fréquemment observée, c'est la kératite interstitielle chronique, et de beaucoup ; au point de se rencontrer dans la plupart des observations connues, notamment dans les six cas de Ripp. On peut dire que la forme d'otopathie la plus propre à la syphilis est constituée par ce double symptôme : « Otite labyrinthique brusque, succédant à une kéralite interstitielle guérie ou améliorée. »

4° Signalons, sans nous y arrêter, les autres lésions de la syphilis héréditaire, notamment les malformations des dents, le troisième terme de la triade d'Hutchinson. Enfin, des tumeurs gommeuses semblent pouvoir se développer comme dans la syphilis acquise à l'intérieur du crâne, et amener la diminution de l'ouïe. Nous en avons vu un cas ; nous reviendrons sur ce sujet, à propos de cette observation.

Symptômes. — La description des affections de l'oreille dans la syphilis héréditaire a été donnée d'une manière à peu près uniforme par tous les auteurs qui s'en sont occupé depuis Hutchinson.

Pendant un certain temps, la surdité peut être précédée de douleurs dans le fond du conduit, de dysécie, de phénomènes de catarrhe (Troellsche) et surtout lorsqu'il y a des lésions naso-pharyngiennes, d'otorrhée purulente, surtout dans le cas d'altérations osseuses de la caisse et du rocher. L'écoulement est plus ou moins abondant, suivant la nature ou l'étendue de la lésion qui le détermine, mais ce serait revenir sur ce que nous avons dit de la période tertiaire, que de décrire d'une manière étendue ces lésions.

Le plus souvent voici ce qui se produit, lorsque le labyrinthe est atteint. En général, dans le cours d'une kératite interstitielle chronique, et surtout l'orsque celle-ci semble s'améliorer, surviennent tout-à-coup des bourdonnements intenses, des sifflements dans les oreilles, des vertiges marqués, parfois des troubles de l'équilibre. Même en l'absence de symptômes aussi graves, se développe une surdité qui, d'après Hinton, suivrait une marche plus rapide que dans aucune autre affection de l'oreille ; cette surdité frappe immédiatement l'appareil nerveux ; dans les cas intenses, la perception du diapason sur les os, est en général perdue rapidement, ou tout au moins très altérée ; il ne faut souvent que quelques semaines à cette surdité pour atteindre le plus haut degré. Quant aux douleurs proprement dites, d'après Pierce elles seraient peu fréquentes ; cependant on les a observé dans quelques cas.

Ce qui frappe dans cette description, on ne saurait trop insister la dessus, c'est la diminution rapide et complète de l'ouïe ; la perte précoce de la perception osseuse (bien qu'on

n'ait noté que sa diminution dans les cas de Ripp.) signalée par Hutchinson, par Lancereaux, par Hinton, par Ripp, par Politzer.

En somme, tous ces caractères sont bien, les signes classiques de l'otite labyrinthique ; mais il peut se produire des formes moins accentuées, surtout lorsque la scène a commencée par des lésions naso-pharyngiennes intenses, de l'otorrhée et en dépend ; dans ces cas, la perception osseuse est souvent conservée, le début moins brusque, la marche moins rapide.

Quant aux signes fournis par l'examen otoscopique, bien que variables, ils présentent en général un certain nombre de caractères communs. La lésion est tantôt double, tantôt unilatérale.

D'après Hutchinson, dans beaucoup de cas il n'y a pas d'otorrhée et, lorsque celle-ci se présente, elle est peu abondante ; le méat est le plus souvent sec et poli. La membrane du tympan est généralement terne, perlée, opaque, parfois plane, d'autrefois concave. Hinton insiste sur sa sécheresse et sa rugosité remarquables, Pierce sur la disparition de la tache claire qui est élargie en général et d'une teinte jaunâtre.

Le manche du marteau est souvent injecté, rouge, rétracté. Un signe, constaté par Ripp et rappelé de nouveau par Seligsohn, est la mobilité anormale du tympan, surtout dans son quart supéro-postérieur, au spéculum pneumatique de Sieglé ; ce qui, du reste, est facile à comprendre ; cette différence de mobilité existant à l'état normal, et n'étant par conséquent qu'exagérée dans ces cas.

En général, la caisse n'est pas détruite, il est donc rare de voir le tympan perforé.

La trompe d'Eustache est le plus souvent libre, dans d'autre cas elle est imperméable.

Le plus souvent, il y a diminution remarquable de l'audition,

même au contact. La perte de la perception osseuse est assez marquée dans la plupart des cas, pour que Politzer en ait fait un signe pathognomonique de la syphilis héréditaire. Elle est souvent plus marquée au vertex.

Telle est la description donnée en général par les auteurs ; il est bien évident qu'il existe d'ailleurs dans ces troubles des degrés différents d'intensité.

Nature de la lésion. — Ici les opinions divergent d'une manière assez notable. Hutchinson et Lancereaux pensent qu'on a affaire à une lésion du nerf auditif ou de ses branches ; le tympan sans être tout à fait normal n'est pas en effet assez altéré pour qu'on puisse expliquer l'intensité des phénomènes observés. Le premier de ces auteurs croit qu'il se produit une lésion analogue à celles que l'on observe dans la rétinite syphilitique avec atrophie blanche du nerf.

Hinton ayant eu l'occasion de pratiquer une autopsie en donne les détails avec le plus grand soin.

Il observa des adhérences anciennes au-dessus de chaque tympan. Les membranes étaient très concaves, les trompes remplies de mucus ; l'insufflation du tympan donnait un bruit rude, la caisse étant remplie d'une lymphe rigide et dure.

La surdité avait été subite et complète ; et en effet on trouva une congestion des deux vestibules.

L'appareil de transmission et l'appareil nerveux étaient atteints. (Pas de détails sur l'état du nerf auditif).

Quant à Ripp, il accorde un certain rôle à l'état de l'oreille moyenne atteinte de catarrhe, mais pour lui cela ne suffit pas ; il faut admettre une lésion, soit du labyrinthe, soit des nerfs et des organes qui engendrent la maladie de Menière. Il n'y aurait rien d'impossible à ce que les labyrinthes fussent atteints, mais la simultanéité des accidents le portent à

admettre plutôt une lésion du plancher du quatrième ventricule.

En somme le labyrinthe peut être atteint, comme l'a démontré Hinton, mais lorsque les deux côtés sont pris à la fois, l'opinion de Ripp semble la plus probable ; la lésion débiterait au niveau des noyaux des nerfs acoustiques, atteindrait ceux-ci et par suite les deux labyrinthes.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile lorsque chez de jeunes enfants surviennent tout à coup sans otorrhée, sans lésions graves du tympan, sans manifestations du côté de l'arrière-gorge, les symptômes de surdité subite et complète que nous avons décrits.

Mais lorsque la lésion succède à une otorrhée plus ou moins prolongée, quand le pharynx est atteint d'ulcérations mal caractérisées, lorsqu'il y a de l'ozène, lorsque d'autre part les symptômes se produisent lentement, lorsque la perception osseuse n'est pas abolie ; le problème devient alors très difficile ; l'examen de la lésion du pharynx devra être fait avec soin pour voir si l'on a pas affaire à une gomme.

D'autre part si on a de l'otorrhée, attribuera-t-on ce symptôme à la scrophulose ou à la syphilis, les deux diathèses se combinent souvent, se compliquent de telle sorte, qu'on ne peut dire au juste où s'arrête le rôle de l'une des diathèses, où finit l'influence de l'autre. Les commémoratifs du sujet, l'histoire de la famille fourniraient d'utiles renseignements, mais quelle difficulté souvent de les obtenir !

Le cas de Seligsohn nous en offre un exemple frappant. Il s'agissait d'un malade atteint d'ulcérations profondes du voile du palais ; les deux oreilles furent atteintes successivement ; l'audition perdue en partie sur les os du crâne ; le tympan était normal le manche du marteau injecté ; le quart supéro-postérieur de la membrane était plus mobile, la voix basse ne

pouvait être entendue. De plus comme complication des oreillons (maladie de Mumps). L'examen de l'ulcération pratiquée par Golsdmith démontra qu'on avait affaire à une gomme ulcérée. On finit par savoir que la mère, malgré ses dénégations, avait eu des éruptions spécifiques mais on resta dans le doute. Ce fait conduisit l'auteur à penser que la parotidite pouvait dépendre de la syphilis héréditaire.

Pronostic. — Dans l'immense majorité des cas, le pronostic est grave. Sans parler de l'issue souvent fatale de l'otorrhée, des caries du rocher, surtout chez de jeunes enfants, l'otite labyrinthique se produit brusquement, amène une surdité complète en peu de temps et résiste, quoiqu'on fasse, à tous les traitements soit locaux, soit généraux. Partout nous trouverons le même résultat; soit dans les cas où la surdité a été précédé de catarrhe, soit dans les cas où elle a été subite, nerveuse en un mot; elle a persisté malgré tout ce qu'on a pu faire; qu'on examine les cas de Ripp entre autres; le traitement spécifique, le traitement local ont été employés; mais ni l'iodure de potassium, ni les douches pharyngiennes n'ont amené la guérison; les cas les plus curables ont été ceux où l'on avait constaté auparavant des symptômes de catarrhe; et il est permis de conclure que : la syphilis du labyrinthe amène chez les syphilitiques héréditaires des lésions nerveuses qui peuvent s'arrêter dans leur marche (et cela en général après avoir déterminé une surdité complète), mais qui jamais ne rétrocedent.

Traitement. — En présence d'un pronostic aussi sombre, quelles sont les indications thérapeutiques. Les douches d'air, les badigeonnages du pharynx avec le nitrate d'argent (Ripp), avec la teinture d'iode (Hinton), ont été employés le plus souvent sans résultat; on ne devra cependant jamais les négliger, donner l'iodure de potassium à haute dose; on pourra ainsi

amener la guérison, surtout dans les cas de catarrhe. De plus il ne faut pas oublier qu'avec la lésion auditive, coexistent des troubles divers des autres organes justitiables du traitement ioduré ou du traitement mixte et susceptibles de se guérir; en réalité il faut ici comme toujours traiter la diathèse, mais sans beaucoup d'espoir de guérir les manifestations auditives qui, de toutes les lésions de la syphilis héréditaire, sont peut-être celles qui présentent le moins de tendance à la guérison.

Amélioration possible par le traitement des cas dans lesquels le catarrhe domine, incurabilité presque absolue des surdités brusques labyrinthiques, soit par les moyens locaux, soit par les moyens généraux, telle semble être la conclusion à tirer de cette étude de la syphilis héréditaire de l'oreille, au point de vue thérapeutique.

OBSERVATIONS.

LXXIX. John B, 21 ans. L'aspect de ses traits, l'état de ses dents, fait songer à la syphilis héréditaire. Il est atteint de kératite interstitielle chronique.

Son père et son oncle, chirurgiens, racontent qu'il aurait pris le sein d'une de ses tantes, atteinte d'éruptions spécifiques, de coryza, d'excoriations à l'anus. A 8 ans, kératite chronique et otorrhée, qui déterminait une surdité qui persiste encore. Traitement mercuriel et iodé. Guérison de la kératite.

HUTCHINSON (*Clinical memoir. etc.*).

LXXX. Garçon de 8 ans. Mère infectée par son mari, atteinte de plaques muqueuses diverses, de perforation du voile; enfant né il y a six mois avec du pemphigus aux fesses.

Papules muco-cutanées à l'anus. Otorrhée peu abondante.

DE MÉRIC (1).

(1) De Méric. — *Lettsonmann lectures on inherited syphilis, The Lancet*, 1858, t. II, p. 299.

LXXXI. Femme de 41 ans. Père infecté avant sa naissance ; douze enfants, dont trois seulement ont survécu.

De 8 à 11 ans maladie des yeux. Depuis l'âge de 14 ans, surdité complète. Jamais menstruée. Voix rauque, nasonnée, dents petites, bicuspidées ; surdité complète, anosmie. Morte de pneumonie interstitielle syphilitique, avec soupçons de tuberculose.

LANCEREAUX, loc. cit.

LXXXII. Jeune fille de 14 ans. Père syphilitique. Douze enfants, dont elle est le septième, tous morts-nés ou morts après quelques mois. Altérations des incisives supérieures, kératite diffuse. Othorrhée, surdité, amélioration par l'iodure, récidives fréquentes.

CARRÉ (1).

LXXXIII. Jeune fille de 16 ans. A treize ans inflammation des yeux, douleurs d'oreille ; incisives usées. Les battements de la montre ne sont entendus qu'au contact. Bientôt après surdité complète (pas de détails sur l'audition par les os).

FIELD (2).

LXXXIV. Petite fille de 4 ans ; kératite parenchymateuse, iritis bilatéral, syphilis secondaire chez la mère. Enfant à nez aplati et à dents irrégulières, en traitement depuis deux ans ; tout à coup douleurs occipitales et vertiges. Trois jours après, diminution rapide de l'ouïe et écoulement séreux à droite seulement pendant huit jours. Diapason perçu nulle part à droite, à gauche entendu au contact du méat. Tympan droit affaissé, mobile au spéculum de Sieglé. Tympan gauche opaque, déprimé, mobile ; catarrhe naso-pharyngien. Douches

(1) Carré, V. *France médicale*, 1877, n^{os} 14 et 15.

(2) *Hereditary Syphilitic deafness*, *Medical Times and Gazette*, 16 février 1878.

Politzer, badigeonnages du pharynx avec l'azotate d'argent, iodure de potassium, pas d'amélioration.

CH. J. RIPP (1).

LXXXV. Jeune fille de 13 ans ; kératite parenchymateuse gauche, grande cicatrice à la nuque, incisives cannelées, non coniques, père syphilitique. En mai bruits et vertiges, en octobre surdité subite. Perception affaiblie, mais persistante sur les os. Tympan droit concave, mobile, Trompes perméables. Tympan gauche un peu jaune, affaissé. Végétations adénoïdes du pharynx, muqueuse nasale tuméfiée. Ablation des végétations, douches Politzer. Iodure de potassium. Pas de résultats.

RIPP.

LXXXVI. Jeune fille de 17 ans, pas de dents supérieures ; depuis quelques mois, surdité, bruits, vertiges. Perception osseuse bonne ; n'entend que la voix haute. Tympan opaque et déprimés. Traitement infructueux ; plus tard kératite parenchymateuse.

RIPP.

LXXXVII. Jeune femme de 18 ans. Kératite parenchymateuse bilatérale ; père syphilitique ; surdité, bruits, vertiges. Catarrhe naso-pharyngien. Tympan opaque déprimés, mobiles, trompes perméables, perception osseuse passable. Voix haute entendue. Catéthérisme pendant six mois sans résultat.

RIPP.

LXXXVIII. Jeune fille de 6 ans. Kératite parenchymateuse bilatérale ; depuis quelques mois, nausées, parfois vomissements ; depuis quelques semaines, céphalalgie, surdité, vertiges. La voix haute est seule entendue, tympan et trompe nor-

(1) *Transactions of the american Society*, 1882, et *Revue de Hayem*, même année.

maux; traitement spécifique. Après 15 mois, amélioration légère à droite, nulle à gauche.

RIPP.

LXXXIX. Jeune fille de 8 ans. Kératite, surdité totale survenue tout-à-coup, vertiges, bruits anormaux. Perception osseuse normale. Tympan un peu déprimé, injecté; trompes perméables, catarrhe naso-pharyngien. Mère syphilitique. Le traitement donne peu de résultats. Les vertiges augmentent.

RIPP.

XC. Marie Ch..., fleuriste, 16 ans, entre le 20 décembre 1882 à Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier.

Mère âgée de 39 ans, syphilitique, depuis 1863; a eu une roséole, de l'alopecie des syphilides buccales et vulvaires. Premier enfant mort à trois mois. Mariée en 1864, second enfant mort à quatre mois.

En 1866, Marie Ch... naît avec des syphilides des fesses. Deux cuillerées d'iodure de potassium, guérison.

A 2 ans, bulles, boutons des mains et des pieds. Sublimé.

A 10 ans, douleurs de l'oreille gauche, otorrhée purulente abondante pendant quelques mois; guérison, mais surdité persistante. A 12 ans, tumeurs des aisselles et du bras gauche. A 14 ans, kératite et taie à gauche

Etat actuel. — Cicatrices diverses, à gauche, traces d'une ancienne perforation des tympans, des traces de la kératite, anygdalite. Canine gauche placée en avant de l'incisive latérale. Traitement mixte, guérison.

LELOU ET PERRIN (1)

XCI. Pierre Cast. 10 ans, entre le 2 mai 1878 l'Antiquaille à Lyon, service de M. Aubert, avec une affection oculaire;

(1) Lelou et Perrin. — *Annales de syphilis et de dermatologie*, 25 mars 1883.

leucôme de la cornée droite datant de trois mois ; troubles de la déglutition.

Perforation du voile de un centimètre de diamètre ; depuis trois semaines ; érosions du pilier gauche. Troubles auditifs. Audition affaiblie. Otorrhée. Iodure de potassium deux, trois puis six grammes.

ROUSSEL (1).

XCH. X. ., 24 ans, couvreur entre le 13 janvier 1883 à Saint-Louis, service de M. Fournier. Père alcoolique, rhumatisant, tuberculeux, syphilitique depuis 1850.

Né le 26 juin 1859. Pendant l'allaitement, la mère et l'enfant furent atteints de plaques nuqueuses. Père atteint d'une éruption vers 1860,

Le malade a souffert des yeux. Pas d'otorrhée, mais depuis un an le malade souffre des oreilles et y éprouves parfois des élancements,

Glossite syphilitique. Sarcocèle.

Iodure de potassium 4 grammes. Les douleurs diminuent, les bourdonnements disparaissent, ainsi que les ulcérations de la langue ; le malade sort le 9 janvier.

D. BROCC (2)

OBSERVATION XCHII.

(Inédite.)

Père syphilitique. — Mère indemne. — 3 Enfants, le second atteint de syphilis héréditaire, de surdité d'un côté, d'otorrhée de l'autre. — N..., âgé de 31 ans, contracte la syphilis au mois de janvier 1869 ; il suit un traitement régulier pendant près de deux ans et demi. Au bout de ce temps, se croyant complètement guéri et malgré mes instances, il se marie ; sa femme

(1) Roussel. — *Thèse de Paris*, 1881.

(2) Brocq. *Revue de syphilis et de dermatologie*, 1883 page 106.

devient grosse et accouche d'un enfant bien portant, qui est aujourd'hui fort et robuste et n'a présenté jusqu'alors aucun accident.

Environ deux ans et demi après son mariage, il vient me consulter pour du psoriasis palmaire et des syphilides linguales ; je l'engage à faire des frictions, et à suivre un traitement sévère. Il m'annonce en même temps que sa femme est enceinte : je lui expose la gravité de la situation, et l'engage à faire suivre un traitement à sa femme. Cette dernière, ne comprenant pas pourquoi j'insistais pour lui faire prendre un traitement, n'a pris que quelques pilules d'hydrargyre et un peu d'iodure de potassium. Elle n'a présenté, pendant tout le temps de sa grossesse, aucun accident spécifique.

L'enfant, venu au monde assez chétif, n'a commencé à présenter des symptômes de syphilis héréditaire que deux ans et demi après sa naissance. Auparavant cependant, il s'était manifesté des symptômes de rachitisme et surtout un chapelet costal nettement prononcé. L'enfant a été atteint *successivement* d'une kératite parenchymateuse de l'œil droit, de *surdité complète* de l'oreille gauche qui *persiste encore aujourd'hui*. — Dents profondément crénelées. Crâne assez volumineux, bosse frontale proéminente. Eruptions successives papuleuses et papulo-croûteuses sur le tronc et les organes génitaux. Il y a eu un moment des phénomènes hépatiques, caractérisés par une augmentation considérable du volume du foie, de l'ictère et même un peu d'ascite. Tous ces accidents ont cédé successivement à l'emploi des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium : seules la *surdité*, l'*otorrhee* et la kératite ont persisté. Cet enfant a eu, l'année dernière, une fièvre typhoïde grave, pendant laquelle se sont produits sur le tronc, l'abdomen et la région lombaire, une quarantaine

d'abcès du volume d'une petite noix, que j'ai dû ouvrir au bistouri. Cet enfant est aujourd'hui complètement rétabli et reste toujours chétif, maigre et délicat.

Un troisième enfant, né deux ans après ce dernier, sans que la mère ait suivi d'autre traitement que celui absolument incomplet que nous avons indiqué tout à l'heure (le père s'étant par contre soumis à plusieurs séries de frictions et à un traitement ioduré) est parfaitement bien portant, fort et vigoureux, et n'a présenté jusqu'alors aucune trace d'infection spécifique. — Il est à noter que ces trois enfants ont été nourris par leur mère.

(M. le professeur SPILLMANN).

OBSERVATION XCIV.

(personnelle.)

Tumeur cérébrale de nature héréditaire. — Surdité subite (hérédité syphilitique et cérébrale). — Le nommé Georges H. 27 ans, graveur, entre dans le service de M. le professeur agrégé Spillmann, le 26 mars 1883 par une blennorrhagie.

Père mort d'accidents cérébraux aigus à l'hospice de Bourg (Ain) en 12 jours. Non alcoolique.

Frère consanguin âgé de 48 ans, bien portant.

Dans son enfance, fracture de cuisse.

A 14 ans, tumeur blanche du genou droit. Ankylose.

A 16 ans abcès multiples du cou de l'aine droite, pas d'otorrhée.

A 18 ans, amygdalite double intense; ablation de la tonsille gauche. Vers la même époque il fut atteint subitement d'accidents épileptiformes et traité par M. le professeur Germain Sée (metallothérapie, aimants, bromure de potassium); amélioration.

Il y a 5 ans nouveaux accès, hémiplégie complète qui dis-

parut, laissant un peu de faiblesse et des troubles de la vue à droite avec surdité.

De vives céphalées à exacerbation nocturne le déterminèrent à consulter M. le professeur Fournier, qui diagnostiqua une tumeur cérébrale de nature héréditaire et le traita par l'iodure de potassium pendant plusieurs mois ; le traitement cessé, il y a un an, fit disparaître tous les accidents.

Etat actuel (17 avril) ; crâne asymétrique, moins développé à droite, pas de saillie frontale.

L'incisive médiane supérieure droite chevauche en avant des autres dents ; l'inférieure et la supérieure sont échancrées, avec stries transversales. et cela des deux côtés ; les canines supérieures sont implantées obliquement. Vision plus faible à droite. La malade accuse de temps en temps des taches lumineuses.

Cicatrices nombreuses en avant et sur les côtés du cou ; une à l'aîne droite. — Ankylose du genou droit.

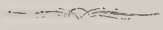
Plus d'accès ; depuis un peu de faiblesse.

Oreille. — Il y a sept ans, bourdonnements intenses ; surdité subite et intense au dire du malade, améliorée depuis, mais assez peu. Diapason jusqu'à 0^m40 à droite jusqu'à plus d'un mètre à gauche. Non perçu au vertex, ni à droite de la suture coronale ; la perte de l'audition empiète même en ce point sur le pariétal gauche, non perçu à la bosse pariétale droite. Il est entendu aux régions temporales et mastoïdiennes droites ; mais non si on l'applique sur les dents de ce côté. Entendu partout à gauche.

Il y a de temps en temps des bourdonnements. — Tympan droit peu concave normal, de même le gauche. Trompes perméables à la douche Politzer.

Traitement ioduré. Pas d'amélioration.

Réflexions. — Bien que nous ne puissions dire si la surdité unilatérale observée est analogue aux autres cas rapportés ou dépend de la tumeur, la seconde opinion est plus probable. L'état diathésique est démontré : 1° par l'effet antérieur du traitement spécifique ; 2° par des symptômes de tumeur cérébrale durant depuis de longues années sans amener la mort chez un jeune sujet ; 3° par l'état des dents qui présentent les altérations notées par Hutchinson. La surdité atteint surtout ici le nerf auditif.



CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET CONCLUSIONS

Nous voici arrivé au terme de notre travail et nous avons eu à constater dans cette étude des troubles très divers de l'appareil de l'audition, atteignant toutes ses parties et se manifestant à toutes les périodes de la syphilis.

Un point sur lequel les auteurs nous semblent avoir trop peu insisté, c'est que, *dans toutes ces formes*, l'existence d'otopathies antérieures qu'on retrouve dans un grand nombre d'observations, détermine la formation d'un point faible d'un locus minoris resistentiæ, sur lequel la syphilis vient porter son action. (troisième cas de Sexton, fait de Knapp etc), la syphilis peut même atteindre l'oreille plusieurs fois à diverses époques de l'évolution syphilitique (V. obs. LVI). Cette influence étiologique est surtout marquée dans les cas où se développent des syphilides du conduit.

Bien que la syphilis puisse déterminer à elle seule des manifestations suppurées de l'oreille; elle est souvent aidée par la diathèse scrophuleuse, ou même par la sorte de chloro anémie qu'elle détermine elle-même. Les lésions naso-pharyngiennes jouent à toutes ses périodes un rôle prépondérant. A la période primitive, l'orifice tubaire infecté par un cathérisme dépourvu de précautions, est souvent le siège principal des accidents secondaires qui succèdent au chancre. A la période secondaire, les syphilides si fréquentes du voile et du pharynx peuvent atteindre la trompe et par là l'oreille moyenne. De même à la période tertiaire avec les accidents osseux en plus, de même dans la syphilis héréditaire.

Les troubles auditifs coexistent ou succèdent à des lésions oculaires plus souvent encore dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise.

Les lésions soit par propagation, soit même dès leur début, semblent avoir une prédilection marquée pour le labyrinthe et l'appareil nerveux.

Elles tendent à se propager en général de segment en segment dans l'appareil auditif, de la trompe ou du conduit à la caisse, au labyrinthe, au nerf.

Dans nombre de cas, elles sont d'un pronostic grave, vu leurs complications.

Le traitement local est absolument impuissant ; le traitement spécifique compte seul quelques succès.

Nous concluons à la possibilité des formes suivantes :

I, *Syphilis acquise*. — La période primitive n'offre que peu de lésions ; le chancre du pavillon, très rare ; l'infection accidentelle par la trompe d'Eustache.

II. La période secondaire nous offre, outre des syphilides du pavillon et du conduit ; l'otite aiguë externe (Ladreit de la Charrière). L'otite aiguë ou chronique de la caisse, sèche, scléreuse ou bien catarrhale et même purulente ; les troubles labyrinthiques parfois isolés, le plus souvent combinés aux troubles de l'oreille moyenne ; des manifestations osseuses ou nerveuses centrales précoces avec retentissement sur l'ouïe.

III. A la période tertiaire, on observe des gommes du pavillon et du conduit, du pharynx, des lésions osseuses diverses, avec complications du côté du nerf auditif, des méninges et de l'encéphale ; des troubles d'origine centrale.

IV. *Syphilis héréditaire*. — Dans la syphilis congénitale, on observe des troubles trophiques du pavillon, des lésions osseuses avec otorrhée ou des affections rapides du labyrinthe et du nerf.

Vu :

Le Président de la thèse,

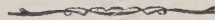
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 26 juin 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.



QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Alcool du vin. — Recherches. Vins et eaux-de-vie. — Alcoométrie.
- 2° PHYSIQUE. — Production de la foudre et ses effets.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Histoire naturelle des abeilles. — Produits qu'elles fournissent à la médecine.
- 4° ANATOMIE. — Cordes vocales.
- 5° HISTOLOGIE. — Ovaires.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Mode de production des sons articulés.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Opération de l'hydrocèle.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des maladies du pancréas.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Du Rhumatisme goutteux.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Des médicaments toniques.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Extirpation des tumeurs érectiles.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Utilité et mode d'emploi des pessaires.
- 13° HYGIÈNE. — Hygiène des teinturiers.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De la responsabilité médicale.

